

**Anmeldung**  
**Workshop zur Prüfung nach § 36 Abs. 1 WpHG**

- 24. April 2017, Frankfurt a.M.
- 12. Mai 2017, Düsseldorf

**Teilnehmer:**

**Rechnungsempfänger** (falls abweichend):

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Praxis/Gesellschaft

\_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Praxis/Gesellschaft

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Mitgliedsnummer IDW/DBV: \_\_\_\_\_

Mit den nachfolgend abgedruckten Teilnahmebedingungen bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift