

# Buchungsanfrage für Veranstaltungen der Aids-Hilfe Dresden e.V.



per Fax an: 0351 8044490

## Veranstaltung am:

\_\_\_\_\_ *wird von Aids-Hilfe Dresden ausgefüllt*

## Anfrage durch:

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

\_\_\_\_\_   
Institution

\_\_\_\_\_   
Telefon/Fax

## Zielgruppe/TeilnehmerInnen

<b>Jugendliche</b> <input type="checkbox"/>	<b>Multplikator/innen</b> <input type="checkbox"/>
Altersgruppe _____	Berufsgruppe _____
Anzahl Teilnehmer/innen _____	Anzahl Teilnehmer/innen _____
Gewünschte Dauer (Std.) _____	Gewünschte Dauer (Std.) _____
Gewünschter Termin _____	Gewünschter Termin _____

## Gewünschtes Thema der Veranstaltung:

Sexualpädagogik  HIV/Aids

Sexualität und Behinderung  \_\_\_\_\_   
anderes

Bitte um Rückruf  am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Finanzierung möglich  ja  nein

## Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_