

Ausbildungsverbund Duale Praxisausbildung



Ich biete folgende Ressourcen

Unternehmen (Name) _____

Straße _____

PLZ _____

Ort _____

Ansprechpartner _____

Titel _____

Vorname _____

Name _____

Telefonnummer _____

E-Mail* _____

* an diese Mailadresse (nicht sichtbar) werden Anfragen zum Angebot, die über die Webseite der DHBW eingehen, geschickt.

Studiengang	Studienrichtung	Ausbildungsinhalte/Vorpraktika	Anzahl Arbeitsplätze	Erforderliche Ausrüstung

Mit der Einreichung dieses Angebots akzeptiere ich die [Nutzungsvereinbarung](#).

Mit der Nutzung dieses Kontaktformulars erkläre ich die Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten. Nähere Informationen dazu finden Sie in der [Datenschutzerklärung](#).

Datum

Unterschrift