

## 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