



Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgend aufgeführter Veranstaltung an:

Nummer: **Titel :**

Datum: **Ort :**

Name: **Vorname:**

Klinik: **Abteilung:**

Bei Fortbildung in Modulen: Ich nehme ganztags teil
 Ich besuche folgendes Modul: ___ + ___ + ___ + ___

- ▶ Ich erkenne die im Programm abgedruckten Teilnahmebedingungen an.
- ▶ Einen eventuellen Rücktritt werde ich umgehend melden.
- ▶ Das Einverständnis der Abteilungsleitung ist Voraussetzung für eine Anmeldung.
- ▶ Die Einhaltung der gesetzlichen Tageshöchst Arbeitszeit von max.10 Stunden ist im Vorfeld mit der zuständigen Abteilungsleitung abgestimmt.

Teilnehmer/in: Datum: Unterschrift:

Abteilungsleitung: Datum: Unterschrift:

Externe Teilnehmer/innen bitte zusätzlich ausfüllen:

Adresse: **Institution:**

E-Mail-Adresse:

Telefon dienstlich: **privat:**

- ▶ Die **Seminargebühr** in Höhe von € (siehe Programmausschreibung) wird nach Anmeldebestätigung von mir überwiesen.
Sparkasse Neustadt a. d. Aisch
IBAN: DE38 7625 1020 0000 0030 20 BIC: BYLADEM1NEA

Anmeldebestätigung/IBF

Anmeldung bestätigt

Anmeldung vorgemerkt - auf der Warteliste Platz:

Bemerkungen/IBF

Datum:

IBF: