



ANMELDEFORMULAR GM

Verbindliche Kursanmeldung

Anmeldung bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Nicht vollständig ausgefüllte Anmeldeformulare können nicht bearbeitet werden.

Kurs-Nr. (entsprechend der Übersicht)

Kurstermin

Kosten der Maßnahme:

Kostenfrei (bitte ankreuzen)

Tragen Sie bitte die Teilnahmegebühr ein:

€ (Betrag incl. gesetzl. MwSt.)

Thema

Name

Vorname

Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Telefon (dienstlich)
für Rückfragen und Informationen

E-Mail-Adresse
für Rückfragen und Informationen

Dezernat/Institut/Klinik/Abteilung

Amts-/Dienstbezeichnung

Ausgeübte Tätigkeit

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Erst mit dem Eingang Ihres ausgefüllten Anmeldeformulars im Bereich Gesundheitsmanagement (Fax: 67-290415) gilt Ihre Anmeldung als verbindlich. Wir informieren Sie dann, ob der Kurs stattfindet (also genügend Teilnehmer angemeldet sind) und Sie teilnehmen können (die Anmeldungen werden nach Eingangsdatum berücksichtigt).

Konkrete Informationen zur Bezahlung der Teilnahmegebühr erhalten Sie mit der Anmeldebestätigung bzw. spätestens zum Kursbeginn.

Antragstellerin/Antragsteller

Datum und Unterschrift

Befürwortet durch zuständigen Vorgesetzten

Datum, Dienststempel und Unterschrift