ANMELDEFORMULAR für externe Teilnehmer/innen

Klinikum Aschaffenburg-Alzenau
Personalentwicklung und -marketing
Fortbildung
Am Hasenkopf
63739 Aschaffenburg

Tel.: 06021 / 32-2250
Fax: 06021 / 32-2129

E-Mail: fortbildung@klinikum-ab-alz.de

Veranstaltungstitel:				
Termin:		Veranst.Nr.:		
Teilnahmegebühr:				
Teilnehmer/in:	❑ Privatanschrift		❑ Dienstanschrift	
(Bitte **ein** Formular **pro** Teilnehmer/in)				
❑ Herr	❑ Frau	❑ Prof.	❑ PD	❑ Dr.
Name / Vorname:				
Einrichtung:				
Beruf:		Funktion:		
Straße / Nr.:				
PLZ / Ort:				
Telefon:		Fax:		
E-Mail:				
Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahmebedingungen der Fortbildung an.				
Ort / Datum:		Unterschrift:		

Der Teilnehmerbeitrag soll folgendermaßen gezahlt werden:

Rechnung
Das Klinikum Aschaffenburg-Alzenau stellt mir die Teilnahmegebühr in Rechnung. Bei Anmeldungen von Teilnehmer/innen aus Einrichtungen muss die/der Vorgesetzte bzw. die Leitung der Einrichtung unterschreiben.
Datum / Unterschrift
Stempel der Institution (bei Anmeldungen von Einrichtungen)