

# ANMELDEFORMULAR

für externe Teilnehmer (m/w/d)



Klinikum Aschaffenburg-Alzenau gGmbH  
Personalentwicklung und -marketing  
Fortbildung  
Am Hasenkopf 1  
63739 Aschaffenburg

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

E-Mail: [fortbildung@klinikum-ab-alz.de](mailto:fortbildung@klinikum-ab-alz.de)

<b>Veranstaltungstitel:</b>	
Termin:	Veranst.Nr.:
Teilnahmegebühr:	
<b>Teilnehmer (m/w/d):</b>	<input type="checkbox"/> Privatanschrift <input type="checkbox"/> Dienstanschrift
<b>Bitte ein Formular pro Teilnehmer (m/w/d)!</b>	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Prof. <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> Dr.	
Name, Vorname:	
Einrichtung:	
Beruf:	Funktion:
Straße und Hausnr.:	
PLZ und Wohnort:	
Telefon:	Fax:
E-Mail:	
<b>Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahmebedingungen der Fortbildung an.</b>	
Ort, Datum:	Unterschrift:

**Der Teilnehmerbeitrag soll folgendermaßen gezahlt werden:**

<b>Rechnung</b>
Die Klinikum Aschaffenburg-Alzenau gGmbH stellt mir die Teilnahmegebühr in Rechnung. Bei Anmeldungen von Teilnehmern (m/w/d) aus externen Einrichtungen muss die/der Vorgesetzte bzw. die Leitung der Einrichtung unterschreiben.
<b>Datum, Unterschrift</b>
Stempel der Institution (bei Anmeldungen von Einrichtungen)