

Anmeldeformular Fortbildungen für externe Teilnehmer

Persönliche Kontaktdaten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Beruf:

Fachbereich:

Arbeitgeber Kontaktdaten: (Stempel)

Einrichtung:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon beruflich:

E-Mail-Adresse beruflich:

Die Rechnung soll ausgestellt werden: Arbeitgeber Teilnehmer

Ich melde mich für folgende Fortbildung an:

Titel:

Kursnummer: (falls vorhanden)

Termin:

Das Seminar findet an folgendem Seminarort statt:

kbo-Inn-Salzach-Klinikum Wasserburg a. Inn, RO, FR, AÖ, EBE
E-Mail: Katharina.Danninger@kbo.de, Fax: 08071/71-740

kbo-Isar-Amper-Klinikum München Ost: Team Personalentwicklung
E-Mail: Personalentwicklung-kmo@kbo.de, Fax: 089/4562-2075

kbo-Isar-Amper-Klinikum Taufkirchen (Vils),
E-Mail: juergen.fertl@kbo.de, Fax.: 08084/934-584

Anderer Seminarort:

Es gelten die im Programm des jeweiligen Standorts abgedruckten Teilnahmebedingungen. Die Daten werden zur Abwicklung der Fortbildung durch den jeweiligen Anbieter unter der Einhaltung der Vorgaben des Bay DSG gespeichert.

Die Teilnahmebedingungen habe ich erhalten, zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

Ort, Datum:

Unterschrift: