

## 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:**