

ANMELDUNG

Bitte schicken Sie ihre Anmeldung an:

ASKLEPIOS KLINIKEN Hamburg GmbH
Bildungszentrum für Gesundheitsberufe
Bereich Fort- und Weiterbildung
Eiffestraße 585
20537 Hamburg

Oder per Fax an:

(040) 1818 84-2699

Die hier angegebenen Daten werden gespeichert. Bei Rücktritten von Seminaranmeldungen gelten unsere Geschäftsbedingungen.

Wie sind Sie auf die Fort- und Weiterbildung aufmerksam geworden?

- Programmheft Infobrief Homepage/Internet
 Flyer Mailing Messe
Sonstiges _____

Ich erteile die Erlaubnis der Datenspeicherung zwecks Zusendung weiterer künftiger Angebote.

- Ja Nein

Kurs:

Termin:

Kursgebühr:

Kursnummer:

- Frau Herr

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Geb. Datum: _____ Geburtsort: _____

Tel. Privat: _____ E-Mail Privat: _____

Betrieb (intern inkl. Kostenstelle): _____

Abteilung/Station: _____

Berufsbezeichnung: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Tel. Dienstlich: _____ E-Mail Dienstlich: _____

- Rechnung an Privatadresse Rechnung an Betrieb / Krankenhaus

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift + Stempel: Betrieb

HINWEIS: Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine schriftliche Anmeldebestätigung von uns.