



Allgemeine Informationen

An das
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
Bildungszentrum
Sekretariat-Seminarmanagement
Prüfeninger Straße 86
93049 Regensburg

Fax: 0941 369-74-1753

Anmeldung für Verbundmitglieder des Krankenhauses Barmherzige Brüder und externe Teilnehmer

Hiermit melde ich mich verbindlich für nachfolgende
Fort- und Weiterbildung an:

Titel der Fort- und Weiterbildung		
Titel		Nr.
		Datum
Teilnehmer/in		
Name	Vorname	Berufstätigkeit
Geburtsname	Geboren am	In
Anschrift		
PLZ/ Wohnort	Straße	
Telefon (privat)	Email	
Klinik/ Station/ Abteilung	Telefon (dienstlich)	
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch erfasst und für statistische Zwecke verwendet werden dürfen.		
Datum	Unterschrift	
Kostenträger (Arbeitgeber oder selbst zahlender Teilnehmer)		
Institution		
Ansprechpartner		Funktion
PLZ/ Wohnort	Straße	
Telefon (dienstlich/ privat)	Email	
Rechnungsstellung an <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Teilnehmer		
Hiermit sagen wir verbindlich die Teilnahme an der o.g. Weiterbildung zu. Die Kosten für die Lehrgangsteilnahme werden vom o.g. Kostenträger/ Arbeitgeber übernommen und zu den entsprechenden Fälligkeitsdaten (lt. Rechnung) überwiesen.		
Datum	Unterschrift des Kostenträgers	