



ASKLEPIOS

BILDUNGSZENTRUM HAMBURG

ANMELDUNG

Bitte schicken Sie ihre Anmeldung an:

Oder per Fax an: (040) 1818 84-2699

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

Ich erteile die Erlaubnis der Datenspeicherung zwecks Zusendung weiterer künftiger Angebote. Auf schriftliche Anfrage werden wir Sie gern über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten informieren. Selbstverständlich können Sie Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

Ja

Nein

Kurs:

Termin:

Kursgebühr:

Kursnummer:

Frau

Herr

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geb. Datum:

Geburtsort:

Tel. Privat:

E-Mail Privat:

Betrieb:

Kostenstelle:

**Mitarbeiter aller Asklepios Kliniken unbedingt Kostenstelle angeben,
ohne Angabe ist eine Anmeldung nicht möglich!**

Abteilung/Station:

Berufsbezeichnung:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Tel. dienstlich:

E-Mail
dienstlich:

Rechnung an Privatadresse

Rechnung an Betrieb / Krankenhaus

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift + Stempel: Betrieb