

# Anmeldeformular für Weiterbildungen

Ich melde mich hiermit für die folgende Weiterbildungsmaßnahme verbindlich an. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) habe ich gelesen und erkenne sie an. Die mit der Anmeldung erhobenen Daten werden für die Planung, Durchführung und Abrechnung der Veranstaltungen elektronisch durch die Wannseeschulen für Gesundheitsberufe e. V., Akademie für Fort- und Weiterbildung verarbeitet.

**Bitte füllen Sie das Anmeldeformular vollständig und in Druckbuchstaben aus!**

Kursnummer: \_\_\_\_\_ Kursbezeichnung: \_\_\_\_\_

Modul 1

Modul 2

Modul 3

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/ -ort: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Berufsabschluss/Studium: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Angestellt bei (Einrichtung): \_\_\_\_\_

Selbstständig

Position:

Chefarzt/Chefärztin

Oberarzt/Oberärztin

Assistenzarzt/Assistenzärztin

Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mit dem Zusenden des Anmeldeformulars melde ich mich verbindlich für den oben genannten Kurs/die oben genannten Kurse an und akzeptiere die Teilnahmebedingungen.

**Sie erhalten eine Bestätigung Ihrer Anmeldung per E-Mail.**