

ANMELDEFORMULAR

Telefax 0981 4653-2389 oder bildung@p3akademie.de



Seminar-Nr.	Standort	Gebühr
Seminar		
Datum	von	bis

Teilnehmer/-in

Titel, Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon, privat	Telefon, dienstlich	
E-Mail, privat	E-Mail, dienstlich	
Beruf, Funktion		
Arbeitsstätte, Klinik, Station, Abteilung		

Rechnungsanschrift

siehe oben

folgende Adresse:

Firma
Straße, Haus-Nr.
PLZ, Ort

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der P3 Akademie gelesen und akzeptiere diese.

Ort, Datum	Unterschrift Teilnehmer/-in
------------	-----------------------------

Nur für Mitarbeiter der Bezirkskliniken Mittelfranken:

Ihre Anmeldung ist **nur** mit der Unterschrift Ihres Vorgesetzten gültig!

Ort, Datum	Unterschrift Vorgesetzte/r/PDL
Vor- und Nachname in Druckschrift	

Die P3 Akademie ist die Bildungseinrichtung der Bezirkskliniken Mittelfranken

ID: 19148

Version: 002/11.2017

Freigegeben von: Schuhmann-Haudeck, Sabine - 28.11.2017

