

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung per Post an

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
Bildungszentrum für Gesundheitsberufe
Fort- und Weiterbildung
Eiffestraße 585
20537 Hamburg

Per Fax an

040 181884-2699

Per Mail an

fw.bzg@asklepios.com

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 (Mitarbeiter von Asklepios Kliniken inkl. **Kostenstelle***)

Abteilung/Station

Berufsbezeichnung

Straße

PLZ, Ort

Tel. Dienstlich

E-Mail Dienstlich

Rechnung an Privatadresse Betrieb / Krankenhaus

Datum, Unterschrift Teilnehmer

Datum, Unterschrift + Stempel Betrieb

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

*** ohne Angabe der Kostenstelle ist die Anmeldung nicht möglich!**