

Anmeldeformular

An

Bezirksklinikum Mainkofen
Innerbetriebl. Fortbildung -Pfleger

Fax 09931 87-41129

Tel. 09931 87-41130 oder 09931 87-41140

94469 Deggendorf

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgenden. Kurs an.
Die Allgemeinen Vertragsbedingungen habe ich gelesen und erkenne ich hiermit an

**Thema der
Fortbildung /**

Kurs-Nummer

**Datum der
Fortbildung**

Name, Vorname

Adresse

**Krankenhaus
Dienststelle**

Adresse:

Straße

PLZ, Ort

Telefon / Fax

Abteilung/Position

Datum

Unterschrift