



ANMELDUNG

Bitte schicken Sie Ihre Anmeldung über folgende Wege:

Per Post an

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

per Fax an:

(040) 1818 -842699

per E-Mail an:

info-fuw.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:

Frau

Herr

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geb. Datum:

Geburtsort:

Tel. Privat:

E-Mail Privat:

Betrieb:

**Mitarbeitende von Asklepios bitte
die Kostenstelle angeben.**

Kostenstelle:

Abteilung/Station:

Berufsbezeichnung:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Tel. dienstlich:

E-Mail
dienstlich:

Rechnung an Privatadresse

Rechnung an Betrieb / Krankenhaus

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift + Stempel: Betrieb