****

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Fort- und Weiterbildung

Am Pulverturm 13

55131 Mainz

Tel.: 06131 / 17-2731

Fax: 06131 / 17-5598

Mail: fort&weiterbildung@unimedizin-mainz.de

**Hiermit melde ich mich für folgende Veranstaltung verbindlich an**

|  |  |
| --- | --- |
| Thema der Fortbildung | Termin  Gebühr |

**Persönliche Angaben**

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Titel | Vorname |
| Strasse | PLZ – Ort |
| Berufsgruppe / Funktion | Telefon |
| Email | Fax |

Ich bin Selbstzahlerin Ja       Nein

Die Kosten werden übernommen: Ja       Nein

**Bei Kostenübernahme, geben Sie bitte den Rechnungsempfänger an**

|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitgeber/ Firma | Name / Vorname des Ansprechpartners |
| Strasse | PLZ – Ort |
| Telefon  Fax | Email |

|  |  |
| --- | --- |
| Die Geschäftsbedingungen, Seite 2+3, erkenne ich an.  Datum, Unterschrift Teilnehmer\*in | Die Geschäftsbedingungen, Seite 2+3, erkenne ich an.  Datum, Unterschrift Vorgesetzte\*r |

*\*\*\*\*\**\*\*\*\*\**\*\** **Von der Fort- und Weiterbildung auszufüllen** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Die Teilnahme ist möglich

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sie haben einen Platz auf der Warteliste Datum und Unterschrift Fort- und Weiterbildung



