

Anmeldebogen:

Zentrum für Fort- und Weiterbildung
 KU Klinikum Fichtelgebirge
 Schillerhain 1-8
 95615 Marktredwitz

Susanne Diesing (Leitung)

Tel.: 09231 / 809-31711

s.diesing@klinikum-fichtelgebirge.de

Harald Schiller

Tel.: 09231 / 809-31732

h.schiller@klinikum-fichtelgebirge.de

Anmeldung für (Kursbezeichnung):

Name:	Vorname:	Geb.Datum:
-------	----------	------------

Straße / Hausnummer:	PLZ / Wohnort
Telefon privat / ggf. Handy	eMail-Adresse

Arbeitgeber / Klinik / Einrichtung / Station	
Straße / Hausnummer:	PLZ / Ort

Kursgebühr wird übernommen vom:

Arbeitgeber

Arbeitnehmer

 Datum, Unterschrift Kursteilnehmer*in

oder/und

 Arbeitgeber