

Anmeldung zur Fortbildung

Titel der Veranstaltung:

Code / / /

Charité - Universitätsmedizin Berlin
Gesundheitsakademie
Bereich Fort- und Weiterbildung
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Fax: **030 / 450 576 961**

Ich melde mich verbindlich an. (Angaben bitte vollständig und in Druckschrift)

.....
NACHNAME

Personalnummer:
(für Charité-MitarbeiterInnen)

.....
VORNAME

Campus: CBB CBF CCM CVK

.....
TÄTIG ALS

CENTRUM BEREICH ORG.EINHEIT

.....
TELEFON / FAX

.....
E-MAIL

Privatadresse:

Dienstadresse:

.....
STRASSE UND NUMMER

.....
EINRICHTUNG

.....
PLZ / ORT

.....
STRASSE UND NUMMER

.....
TELEFON

.....
PLZ / ORT

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine persönlichen Angaben zu lehrgangsorganisatorischen Zwecken elektronisch verarbeitet werden. Die Teilnahmebedingungen erkenne ich an.

.....
DATUM

.....
UNTERSCHRIFT DES/DER ANTRAGSTELLERS/IN

Stellungnahme der Beschäftigungsstelle (Vorgesetzte/r / Abteilungsleitung)

Der Lehrgangsbesuch liegt im dienstlichen Interesse: ja nein

Wird für statistische Zwecke benötigt.
KOSTENSTELLE

Unsere Veranstaltungen sind nach dem Berliner Bildungsurlaubsgesetz (BiUrlG, § 11) anerkannt.

.....
DATUM

.....
UNTERSCHRIFT DES/DER VORGESETZTEN/DER ABTEILUNGSLEITUNG