

## Anmeldung zur Fortbildung

### FÜR EXTERNE TEILNEHMER/INNEN

**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

#### Rechnungsadresse

siehe Dienstadresse

Herr  Frau    **Titel** .....

**Straße / Nummer** .....

**Vorname** .....

**PLZ / Ort** .....

**Nachname** .....

#### Dienstadresse

**Tätig als** .....

**Einrichtung** .....

**Telefon** .....

**Fax** .....

**Strasse / Nummer** .....

**E-Mail** .....

**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** .....

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