

## Anmeldeformular Fortbildungen für externe Teilnehmer

### Persönliche Kontaktdaten

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.

PLZ, Ort:

Telefon:

E-mail-Adresse:

Beruf:

Fachbereich:

### Arbeitgeber Kontaktdaten: (Stempel)

Einrichtung:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon beruflich:

E-mail-Adresse beruflich:

**Die Rechnung soll ausgestellt werden:**      Arbeitgeber      Teilnehmer

**Ich melde mich für folgende Fortbildung an:**

**Titel:**

**Kursnummer:** (falls vorhanden)

**Termin:**

kbo-Inn-Salzach-Klinikum Wasserburg am Inn, Freilassing , Rosenheim  
E-mail: Katharina.Danninger@kbo.de, Fax: 08071/71-740

kbo-Isar-Amper-Klinikum München Ost: Team Personalentwicklung  
E-mail: Personalentwicklung-kmo@kbo.de, Fax: 089/4562-2075

kbo-Isar-Amper-Klinikum Taufkirchen (Vils),  
E-mail: Christian.Hampel@kbo.de, Fax.: 08084/934 400

Anderer Seminarort:

Es gelten die im Programm des jeweiligen Standorts abgedruckten Teilnahmebedingungen.  
Die Daten werden zur Abwicklung der Fortbildung durch den jeweiligen Anbieter unter  
der Einhaltung der Vorgaben des Bay DSG gespeichert.  
Die Teilnahmebedingungen habe ich erhalten, zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

**Ort, Datum:**

**Unterschrift:**