

## Verbindliche Anmeldung zur Fort- und Weiterbildung im Bildungsinstitut für Berufe im Gesundheitswesen am Marienhospital Aachen

---

### Angaben zum/zur Teilnehmer/In

Frau  Herr (bitte ankreuzen)

Vorname/ Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (bei Rückfragen): \_\_\_\_\_

E-Mail (bitte immer angeben): \_\_\_\_\_

### Angaben zur Rechnungsstellung

Die anfallenden Kosten werden getragen durch:

Den/Die Teilnehmer/in

Die Einrichtung (Name, Anschrift) \_\_\_\_\_

Kontaktperson/Leitung: \_\_\_\_\_

Sonstiges (bitte angeben): \_\_\_\_\_

### Angaben zur Fort-/ Weiterbildung:

Name der Fort-/Weiterbildung: \_\_\_\_\_

Beginn der Fort-/ Weiterbildung): \_\_\_\_\_

Ja, ich willige ein, dass meine Daten gemäß Art. 6 Abs. 1a Datenschutzgrundverordnung gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Teilnehmenden

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Stempel der Einrichtung  
(nur bei Fremdzahlern auszufüllen)

Haben Sie Fragen? Dann kontaktieren Sie uns gerne:

Tel.: 0241 6006 2901 oder  
Mail an: [bibig@marienhospital.de](mailto:bibig@marienhospital.de)