

## ANMELDUNG

---

### Bitte schicken Sie Ihre Anmeldung an:

Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH  
Bildungszentrum  
Hasseldieksdammer Weg 30  
24116 Kiel  
Fax: 0431 1697-3730

### Bei Fragen zu Ihrer Anmeldung wenden Sie sich gerne an:

Tel. : 0431 1697-3701  
E-Mail: bildungszentrum@krankenhaus-kiel.de

### BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Name der Veranstaltung:

Termin:

Kursgebühren:

Name:  Vorname:

Straße:  PLZ, Ort:

Tel. privat:  E-Mail privat:

Betrieb:

Straße:  PLZ, Ort:

Abteilung:  Berufsbezeichnung:

Tel. dienstlich:  E-Mail dienstlich:

Rechnung an Privatadresse

Rechnung an Betrieb/Krankenhaus

Ich habe die AGB gelesen und akzeptiert

Datum und Unterschrift: Teilnehmer/in

Datum, Unterschrift und Stempel: Betrieb  
(falls der Betrieb die Rechnung übernimmt)

Ich erteile die Erlaubnis der Zusendung von weiteren Angeboten durch das Bildungszentrum.

Ja  Nein