

Seminaranmeldung



Verbindliche Anmeldung zu folgendem Seminar (bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen):

am [redacted] in [redacted]

Frau Mann

Nachname, Vorname, Titel

Abteilung/ Funktion

Klinik/ Praxis

Straße, Hausnummer (Klinik/ Praxis)

Ort, Postleitzahl (Klinik/ Praxis)

E-Mail:

Telefon:

Rechnungsanschrift (falls abweichend)

Straße, Hausnummer (Klinik/ Praxis)

Ort, Postleitzahl (Klinik/ Praxis)

Datum, Unterschrift

Der Teilnehmer akzeptiert mit seiner Unterschrift unsere Geschäftsbedingungen und erklärt sich damit einverstanden, dass wir die personenbezogenen Daten des Teilnehmers für die Seminarabwicklung erfassen und speichern. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.
Der Teilnehmer erklärt, dass alle Einzelheiten der Teilnahme (Dauer und Kostenübernahme) dem Arbeitgeber/ Dienstherrn (Verwaltung) offengelegt worden sind und ihm dessen Zustimmung zur Teilnahme an dem Fortbildungsseminar vorliegt.

Bitte per Fax, Mail oder Post an folgende Adresse senden. Bitte für jedes Seminar und Teilnehmer eine Anmeldung ausfüllen.

Boston Scientific Medizintechnik
RM – Training & Education
Frau Ute Krusy
Daniel-Goldbach-Straße 17-27, D - 40880 Ratingen
Fax: +49 02102 489 794
Ute.Krusy@bsci.com oder educare-germany@bsci.com