

Anmeldung

Unterstützung bei der Basisversorgung, **Kursbeginn / -nummer** _____

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen und unbedingt Kursbeginn bzw. -nummer eintragen!

Familienname:			
Vorname(n):			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Telefon:			
E-Mail:			

Adresse: Straße, Hausnummer
 Postleitzahl, Wohnort

Rechnungsadresse:..... Name / Einrichtung	Bitte korrekte Rechnungsadresse bei Ihrem Dienstgeber erfragen!
..... Straße, Hausnummer	
..... Postleitzahl, Ort	

Dienstgeber:	Bestätigung des Dienstgebers mit Stempel und Unterschrift:
beschäftigt seit als	
Arbeitsstelle:	
Ursprüngliche Ausbildung und Ort der Ausbildung: Datum des Abschlusses:	

Ich bestätige die Verbindlichkeit meiner Anmeldung
und nehme die Stornobedingungen (siehe Folder) zur Kenntnis.

Ich stimme der Zusendung von Informationen per Post oder per E-Mail über die Angebote des Bildungszentrums Diakonissen Linz und der Gesundheits- und Krankenpflegeschule an der Klinik Diakonissen Linz zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.

Unterschrift: Datum:

Den Anmeldebogen bitte an folgende Adresse schicken: bz.linz@diakonissen.at
Bildungszentrum Diakonissen Linz, Körnerstraße 34, 4020 Linz

