

Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen
Bereich medizinische, therapeutische und diagnostische Gesundheitsberufe
1090 Wien, Spitalgasse 23

Anmeldung für externe Bewerber*innen

E-Mail: post_akh_sfzm@akhwien.at

FAX: +43 1 40 400-71040

Ich melde mich zur Teilnahme an folgender Veranstaltung an:					
Kurstitel					
Kurskürzel		Termin			
Name			Vorname		
Titel			Geschlecht	weiblich	männlich
Sozialvers.Nr.		Geb.datum		Geburtsort	
Postleitzahl/ Ort			Tel. Nr.		
Straße					
E-Mail	(Für die Kursabwicklung zwingend notwendig)				
Beruf/Ausbildung/Funktion					
Name und Anschrift der Dienststelle/des Dienstgebers					
Rechnungsadresse					

Ich bin für die Zeit der Veranstaltung über meinen Dienstgeber unfallversichert ja nein

Die Kursgebühren im Bildungsanzeiger sind exkl. Steuer ausgewiesen. Für externe Teilnehmer*innen und Selbstzahler*innen wird der begünstigte Steuersatz von 10 % zusätzlich in Rechnung gestellt.

Die Stornobedingungen werden akzeptiert.

Ich habe die angefügten Vorschriften gelesen und akzeptiert.

Datum	Unterschrift (Bewerber*in oder Dienstgeber*in) (Im Falle der Kostenübernahme durch den Dienstgeber Stempel und Unterschrift)
-------	---