

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)
-------	---