

Anmeldung zur Fortbildungsveranstaltung

Titel der Veranstaltung	
Termin:	
Ort:	

Herr/Frau/Titel	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ/Wohnort	
Tel.Nr. Dienst/privat	
e-mail Dienst/privat	
Dienststelle	
Name, Adresse	

Eine Teilnahme an der Veranstaltung ist **nur** nach Vorlage der Einzahlungsbestätigung bzw. einer schriftlichen Bestätigung über die Kostenübernahme des Dienstgebers möglich.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift der TeilnehmerIn

Allgemeine Stornobedingungen:

Bei Stornierung der Anmeldung für eine Veranstaltung des Bildungszentrums innerhalb von **zwei Wochen** vor Veranstaltungsbeginn wird, falls kein/e ErsatzteilnehmerIn nominiert werden kann, eine Stornogebühr in Höhe von **100 %** der Teilnehmekosten verrechnet.

KABEG
Bildungszentrum
Klinikum Klagenfurt am
Wörthersee
 Feschnigstraße 11
 A-9020 Klagenfurt am
 Wörthersee

UID-Nr.: ATU25802806
 DVR-Nr.: 00757209
 Firmenbuch: FN 71434a
 Landes- und Handelsgericht
 Klagenfurt