

Anmeldung für externe Teilnehmer



Ich melde mich verbindlich unter Anerkennung
der Teilnahmebedingungen (Seite 215) an:

Titel der Veranstaltung

Datum der Veranstaltung

Ort der Veranstaltung: (bitte ankreuzen)

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Achern | <input type="checkbox"/> Lahr | <input type="checkbox"/> Offenburg St. Josefsklinik |
| <input type="checkbox"/> Ettenheim | <input type="checkbox"/> Oberkirch | <input type="checkbox"/> Pflege- und Betreuungsheim |
| <input type="checkbox"/> Kehl | <input type="checkbox"/> Offenburg
Ebertplatz | <input type="checkbox"/> Wolfach |

Frau Herr

Vor- und Zuname

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon privat/dienstlich

E-Mail (bitte unbedingt angeben)

Abteilung

Berufsbezeichnung

Ich komme aus der Einrichtung:

Name der Einrichtung

Anschrift

E-Mail (bitte unbedingt angeben)

Rechnungsstellung soll erfolgen an: den Teilnehmer
 die Einrichtung

Datum / Unterschrift Teilnehmer

Ortenau Klinikum

Standort

Abteilung

Straße/Nr.

PLZ/Ort

(Zum Verschicken in einem Fensterbriefumschlag bitte entlang der Linie falten)