

Kopiervorlage
**Anmeldung
für externe Teilnehmer**



**ORTENAU
KLINIKUM**

Ich melde mich verbindlich unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen an (Seite 265):

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"/> Gengenbach | <input type="checkbox"/> Offenburg | <input type="checkbox"/> Wolfach |
| <input type="checkbox"/> Kehl | Ebertplatz | |

Vor- und Zuname

Adresse

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> an den Teilnehmer | <input type="checkbox"/> an die Einrichtung |
|--|---|

Datum / Unterschrift Teilnehmer

Bitte an den Ansprechpartner des Veranstaltungsortes schicken

Ortenau Klinikum

(Standort)

(Abteilung)

(Straße / Nr.)

(PLZ / Ort)

(zum Verschieben in einem Fensterbriefumschlag bitte entlang der Linie falten)