

## Anmeldung für die Fortbildung Telemedizin-Assistenz

### Daten des Teilnehmers

---

Name: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail privat: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber mit vollständiger Adresse:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rechnungsadresse, falls abweichend von Arbeitgeber:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Fortbildung zur spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz bereits erfolgt  
(Zertifikat bitte beifügen, entfällt jedoch sofern der Kurs bei uns durchgeführt wurde)
- Das Modul Herzinsuffizienz wird vorab benötigt (zzgl. 75,00 € Fortbildungsgebühr)

Die allgemeinen Geschäfts- und Widerrufsbedingungen sowie die Teilnahmebedingungen wurden mir ausgehändigt und hiermit von mir anerkannt.

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_  
Teilnehmer/in

Teilnahme befürwortet \_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Arbeitgeber

Sie haben den allgemeinen Geschäfts- und Widerrufsbedingungen zugestimmt.

Im Rahmen der Ausbildung werden eine Mittagsverpflegung sowie Tagungsgetränke bereitgestellt. Eine Organisation sowie Erstattung von Übernachtungs- und Reisekosten erfolgt nicht.

Mit Ihrer Anmeldung erfolgt die verbindliche Buchung der obenstehenden Veranstaltung, ggf. mit Zusatzmodul. Die Teilnahmegebühren zzgl. MwSt. werden Ihnen vor Lehrgangsbeginn in gesondertem Schreiben in Rechnung gestellt und sind vor Kursbeginn komplett zu begleichen. Für die Ausstellung der Teilnahmebescheinigung ist die erfolgreiche Teilnahme an dem gesamten Kurs erforderlich. Sollte der Kurs nicht beendet werden, besteht kein Anspruch auf Rückerstattung der Teilnahmegebühren. Eine Beendigung der Ausbildung im nachfolgenden Kurs ist nur nach vorheriger Absprache und aus wichtigem Grund möglich.

Hiermit erklären wir, durch nachstehende Unterschriften, dass wir über Art und Umfang dieser Fortbildung informiert wurden und sowohl mit der Teilnahme und der Übernahme der dabei anfallenden Kosten einverstanden sind.

---

Unterschrift Teilnehmer

---

Stempel Klinik / Praxis

---

Unterschrift Verwaltung / Arbeitgeber

---

Stempel Verwaltung / Arbeitgeber