



Fax: 36792

Anmeldung für interne Mitarbeitende

1. Seminarteilnehmer/-in:

Name: _____ Funktion: _____

Personalnummer: _____ **Bitte immer angeben!**

Klinik/Station/Abteilung: _____ Telefon: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch erfasst und für statistische Zwecke verwendet werden dürfen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Seminartitel: _____

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____

2. Stations-/Abteilungsleitung / Vorgesetzte/-r

Gegen die Teilnahme bestehen keine Bedenken.

Empfehlung für die Anrechnung von Arbeitszeit:

_____ Stunden/Tagen als Arbeitszeit

Datum: _____ Unterschrift: _____

3. Kostenstellenverantwortliche/-r (PDL/Klinikleitung/Abteilungsleitung):

Seminargebührverrechnung erfolgt aus Klinikumskostenstelle:

Genehmigt wie folgt unter Übernahme:

- Reservierung (Kontingentplanung Pflege)
- Teilnahme wird genehmigt
- Teilnahme wird nicht genehmigt

- genehmigt ohne Kostenübernahme
- genehmigt mit sämtlichen Kosten
- genehmigt unter Anrechnung von _____ Stunden/Tagen als Arbeitszeit
- genehmigt ohne Anrechnung von Arbeitszeit

Datum: _____ Unterschrift: _____

Mit der Anmeldung erkennen Sie die Teilnahme- und Geschäftsbedingungen an.