



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 Klinikumskostestelle: .....**

#### **Genehmigt wie folgt unter Übernahme:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reservierung (Kontingentplanung Pflege) | <input type="checkbox"/> genehmigt ohne Kostenübernahme                                     |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme wird genehmigt                | <input type="checkbox"/> genehmigt mit sämtlichen Kosten                                    |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme wird nicht genehmigt          | <input type="checkbox"/> genehmigt unter Anrechnung von _____ Stunden/Tagen als Arbeitszeit |
|  | <input type="checkbox"/> genehmigt ohne Anrechnung von Arbeitszeit                          |

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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