

# Anmeldeformular WEITERBILDUNGSLEHRGANG „Basales und mittleres Pflegemanagement“ vom 23.10.2017 bis 31.10.2018

**ERFORDERLICHE BEWERBUNGSUNTERLAGEN:**

- Ansuchen
- Lebenslauf
- Krankenpflergediplom/Nostrifizierung (Kopie)
- 1 Lichtbild (mit Name und Geburtsdatum auf der Rückseite)
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Heiratsurkunde (Kopie)

\*\*\*\*\*

Vorname/Familienname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

e-mail: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Name und Adresse der Dienststelle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

<b>Rechnung an:</b>	Dienstgeber <input type="checkbox"/>	Teilnehmer <input type="checkbox"/>
_____		
<b>Bestätigung des Dienstgebers:</b>		
(mit Ihrer Unterschrift/Stempel bestätigen Sie die Kostenübernahme der Ausbildung):		
_____		
<b>Bestätigung des Teilnehmers:</b>		
(mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kostenübernahme der Ausbildung):		
_____		

**KABEG**  
**Bildungszentrum**  
Klinikum Klagenfurt am  
Wörthersee  
Feschnigstraße 11  
A-9020 Klagenfurt am  
Wörthersee  
  
UID-Nr.: ATU25802806  
DVR-Nr.: 00757209  
Firmenbuch: FN 71434a  
Landes- und Handelsgericht  
Klagenfurt