

# Anmeldung zur Fortbildungsveranstaltung

<b>Titel der Veranstaltung</b>	
<b>Termin:</b>	
<b>Ort:</b>	

Herr/Frau/Titel	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ/Wohnort	
Tel.Nr. Dienst/privat	
e-mail Dienst/privat	
Dienststelle	
Name, Adresse	

Eine Teilnahme an der Veranstaltung ist **nur** nach Vorlage der Einzahlungsbestätigung bzw. einer schriftlichen Bestätigung über die Kostenübernahme des Dienstgebers möglich.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift der TeilnehmerIn

### Allgemeine Stornobedingungen:

Bei Stornierung der Anmeldung für eine Veranstaltung des Bildungszentrums innerhalb von **zwei Wochen** vor Veranstaltungsbeginn wird, falls kein/e ErsatzteilnehmerIn nominiert werden kann, eine Stornogebühr in Höhe von **100 %** der Teilnehmekosten verrechnet.

**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