

## Anmeldung (nicht für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des UKD)

Hiermit melde ich mich verbindlich für die folgende Fortbildungsveranstaltung an und erkläre, dass ich die allgemeinen Anmeldebedingungen zur Kenntnis genommen habe und akzeptiere.

Titel der Veranstaltung	Datum der Veranstaltung	Code der Veranstaltung
Universitätsklinikum Düsseldorf	Vorname:	Name:
Bildungszentrum	weiblich ( ) männlich ( )	
Geb 15.21	Klinik / Abteilung / Station:	
Moorenstraße 5	Dies ist meine ( ) Dienstadresse ( ) Privatadresse	
40225 Düsseldorf	Straße:	
Fax: 0211 - 81 16873	PLZ / Ort:	
	Telefon:	
	E-Mail:	

Die Teilnahmegebühr werde ich nach Rechnungsstellung überweisen.

Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert. Bitte entscheiden Sie, was nach der Veranstaltung mit Ihren Daten geschehen soll. In keinem Fall geben wir Ihre Daten an Dritte weiter.

- Ja, ich möchte in der Zukunft über die Veranstaltungen und Angebote des Bildungszentrums informiert werden und stimme der Speicherung meiner Daten zu diesem Zweck zu.
- Nein, ich möchte, dass meine Daten nach der Veranstaltung gelöscht werden.

Datum und rechtsverbindliche Unterschrift:

## Anmeldung (nicht für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des UKD)

Hiermit melde ich mich verbindlich für die folgende Fortbildungsveranstaltung an und erkläre, dass ich die allgemeinen Anmeldebedingungen zur Kenntnis genommen habe und akzeptiere.

Titel der Veranstaltung	Datum der Veranstaltung	Code der Veranstaltung
Universitätsklinikum Düsseldorf	Vorname:	Name:
Bildungszentrum	weiblich ( ) männlich ( )	
Geb 15.21	Klinik / Abteilung / Station:	
Moorenstraße 5	Dies ist meine ( ) Dienstadresse ( ) Privatadresse	
40225 Düsseldorf	Straße:	
Fax: 0211 - 81 16873	PLZ / Ort:	
	Telefon:	
	E-Mail:	

Die Teilnahmegebühr werde ich nach Rechnungsstellung überweisen.

Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert. Bitte entscheiden Sie, was nach der Veranstaltung mit Ihren Daten geschehen soll. In keinem Fall geben wir Ihre Daten an Dritte weiter.

- Ja, ich möchte in der Zukunft über die Veranstaltungen und Angebote des Bildungszentrums informiert werden und stimme der Speicherung meiner Daten zu diesem Zweck zu.
- Nein, ich möchte, dass meine Daten nach der Veranstaltung gelöscht werden.

Datum und rechtsverbindliche Unterschrift: