**Anmeldung**

**E-Learning Kurs: Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz**

Name: ……………………………………………………. Vorname: ………………………………………...

Geburtsdatum: ……………………………………………. Geburtsort: ………………………………………

Straße/Hausnummer: …………………………………………………………………………………………….

PLZ/Wohnort: ……………………………………………………………………………………………………...

Telefon dienstlich: ………………………………………… Telefon privat: …………………………………...

E-Mail: ………………………………………………………….......................................................................

Berufsausbildung als: …………………………………………………………………………………………….

Arbeitgeber mit Adresse: ………………………………………………………………………….....................

Tätig in Abteilung: …………………………………………………………………………………………………

Tätig als: ……………………………………………………………………………………………………………

**Bitte fügen Sie der Anmeldung folgende Unterlagen bei:**

* Tabellarischer Lebenslauf
* Kopie des Zeugnisses der Berufsausbildung

**Hinweis: Teilnahmevoraussetzung**

* Abgeschlossene Berufsausbildung als Medizinische\*r Fachangestellte\*r (MFA) oder als Gesundheits- und Krankenpfleger\*in
* Mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer kardiologisch-fachärztlichen Arztpraxis oder  
  in der stationären kardiologischen Patientenversorgung

Datum, Unterschrift ………………………………………………………………………………………………  
 *Antragssteller\*in*

Befürwortet: ………………………………………………………………………………………………………..  
 *Datum, Unterschrift Vorgesetzte\*r*

**Kursgebühr**Die Kursgebühr beträgt 350 Euro.

**Rechnung**Nach erfolgreicher Anmeldung erhalten Sie eine Rechnung per Post.

**Abweichende Rechnungsadresse**Ist die Rechnungsadresse identisch mit Ihrer Anmeldeadresse?

**☐ Ja  ☐ Nein**

**Falls nein, geben Sie bitte hier Ihre abweichende Rechnungsadresse an:**

Name: ……………………………………………………. Vorname: ………………………………………...

Einrichtung/Klinik…………………………………………………………………………………………………..

Straße/Hausnummer: …………………………………………………………………………………………….

PLZ/Ort: ……………………………………………………………………………………………………...

**Bitte senden Sie diese Anmeldung per E-Mail an:** kardio.herzinsuffizienz@med.uni-goettingen.de