

Anmeldung

Bitte senden Sie Ihre unterschriebene Anmeldung per E-Mail, Fax oder Post an das ASB-Bildungszentrum.

✉ bildungszentrum@asb-leipzig.de ☎ 0341 869769-310

➔ **Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgender Veranstaltung an:**

Bitte gut lesbar ausfüllen.

Seminarangebot*

Seminar Palliative Care Kurs für Pflegende in Leipzig

Seminarbeginn

Teilnehmerangaben* *Pflichtangabe

Vorname*

Name*

Geb.-Datum*

E-Mail*

Telefon*

Qualifikation*

ASB-Gliederung*

Rechnungsanschrift*

Firma

Bereich/Abteilung

Straße, Haus-Nr.

PLZ

Ort

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtangaben, um die Anmeldung zur Veranstaltung durchzuführen. Zu Ihrer Teilnehmerregistrierung am Palliative Care Kurs werden folgende Daten gesichert an die Zertifizierungsstelle der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (verantwortliche Stelle i. S. der DSGVO: DGP e. V., Aachener Str. 5, 10713 Berlin, Tel.: 030-30101000, Mail: dgp@palliativmedizin.de) an zertifizierung@palliativmedizin.de übermittelt: Titel, Name, Vorname, Geb.-Datum, Qualifikation. Diese Angaben werden ausschließlich für die Teilnehmerregistrierung und Zertifikaterstellung verwendet und zu Nachweiszwecken grundsätzlich aufbewahrt. Bitte beachten Sie unsere Datenschutzerklärung in den AGB (Auszug auf Seite 2). Nähere Informationen zum Thema finden Sie auch auf www.asb-leipzig.de unter dem Punkt Datenschutz.

Mit den Informationen zur An- und Abmeldung und den AGB (www.asb-leipzig.de/sonnenpark/biz) erkläre ich mich einverstanden.

Um aktuell über neue Seminarangebote informiert zu werden, bitte ich um Zusendung der BIZ-News an meine o.g. E-Mail-Adresse.

.....
Datum / Unterschrift Teilnehmer

.....
Einverständnis des Arbeitgebers/Vorgesetzten
(Stempel/Unterschrift)