



## ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgender Veranstaltung an:

Fachkundelehrgang I: **Technische(r) Sterilisationsassistent/in (TSA)**

Termin	
Name, Vorname	
Beruf/Funktion	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	privat: _____ dienstlich: _____
Email	

### Arbeitgeber

- Klinikum Traunstein     Kreisklinik Bad Reichenhall     Kreisklinik Berchtesgaden  
 Kreisklinik Freilassing     Kreisklinik Ruhpolding     Kreisklinik Trostberg  
 andere

Firma/Institut	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ansprechpartner	
Telefon	
Email	

**Zahlung**     Rechnung an Arbeitgeber     Rechnung an Teilnehmer/in

Datum: \_\_\_\_\_    Unterschrift (ggf. Stempel): \_\_\_\_\_

Sie akzeptieren mit dieser Anmeldung unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen.  
Ferner erklären Sie Ihr Einverständnis, dass persönliche Daten, die zur Durchführung der  
Veranstaltung benötigt werden unter Beachtung der Vorschriften des Bundesdaten-  
schutzgesetzes (BDSG) mittels EDV verarbeitet und gespeichert werden.

Name, Firmenname und -ort werden in die Teilnehmerliste übernommen, die allen Teilnehmern  
ausgehändigt wird.

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular per Post, Email oder Fax zu. Vielen Dank!