|  |  |
| --- | --- |
| Geltungsbereich: | GeBO |
|  |  |
| Ziel: | Ziel des Formulars ist die strukturierte Anmeldung zu Fortbildungen der GeBO-Akademie |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bitte senden Sie die Anmeldung an:**Bezirkskrankenhaus BayreuthGeBO-AkademieNordring 295445 BayreuthE-Mail: akademie@gebo-med.deFax: (0921) 283-5005Tel.-Nr.: (0921) 283-9942 |  | Hinweise:* Bitte verwenden Sie ein Anmeldeformular pro Fortbildungsveranstaltung.
* Aus Gründen der Nachhaltigkeit senden Sie Ihre Anmeldung bitte vorrangig per E-Mail.
 |

|  |
| --- |
| **Veranstaltung:** |
| Thema: |       |
| Kurs-Nr.: |       |
| Datum: |       | Zeit: |       |

|  |
| --- |
| **Verbindliche Anmeldung für:** |
| Name, Vorname: | 1.       | Beruf/Funktion:      |
| 2.       |       |
| 3.       |       |
| 4.       |       |
| 5.       |       |
|
| Haus: | [ ]  BKH Bayreuth | [ ]  BK Obermain | [ ]  ABZ Obermain |
| [ ]  BK Rehau | [ ]  BK Hochstadt | [ ]  Wohn- und Pflegeheim |
| Station/Bereich: |       |
| Kontakt: | Tel.: |       | E-Mail: |       |
| **Teilnahme:** | **Hinweis:** Ohne diese Angaben wird der Antrag nicht bearbeitet und geht zurück an den Antragsteller! |
|  | Name Vorgesetzte(r):       |
|  | [ ]  Von Vorgesetzten befürwortet |  |
|  | [ ]  Eigenverantwortlich in Freizeit |  |
| Datum: |       |  |  |
| Dienstreiseantrag: | (bei Fortbildung an einem anderen Standort der GeBO) |
|  | [ ]  liegt genehmigt vor | [ ]  derzeit in Bearbeitung | [ ]  nicht genehmigt |

|  |
| --- |
| **Bearbeitung durch den Veranstalter:** |
| Eingang: |       | Bearbeiter: |       |
| Berücksichtigung: | [ ]  In Teilnehmerliste aufgenommen | [ ]  in Warteliste Platz       aufgenommen | [ ]  Fortbildung inkl. Warteliste bereits ausgebucht |
|  | Datum:      HZ:       | Datum:      HZ:       | Datum:      HZ:       |
| Bemerkung: |       |