

## Anmeldeformular / Radiologiekurse

### Seminardaten

Seminarnummer \_\_\_\_\_ Seminartitel \_\_\_\_\_

Seminardatum \_\_\_\_\_

Bildungszentrum am UKB  
Bildungsbereich Fortbildung  
Gebäude Nr. 68 / 1.OG  
Sigmund-Freud-Straße 25  
53127 Bonn



### Teilnehmerdaten

Anrede \_\_\_\_\_ Namenstitel \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Klinik/Bereich \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Station/Abteilung \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefon Dienst (für Rückfragen) \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Abweichende Rechnungsanschrift für externe Teilnehmer/innen**  
Falls wir Ihre Rechnung über die Teilnahmegebühr an eine andere Rechnungsanschrift ausstellen sollen, füllen Sie bitte die nachfolgenden Felder aus.

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Institution \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

c/o \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Für Beschäftigte des Universitätsklinikum Bonn

Mein(e) Vorgesetzte(r) ist über die Fortbildungsmaßnahme informiert und einverstanden.

Zur Seminaradministration setzen wir Software as a Service in einer extern gehosteten Datenbank ein. Ihre Daten werden nicht für weitere Zwecke verwendet. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden die gespeicherten personenbezogenen Daten gelöscht. Beteiligte Dritte (z.B. externe Dozenten) erhalten diese Daten ausschließlich, soweit es für die Vorbereitung und Durchführung der Fortbildungsveranstaltung erforderlich ist.

Mit meiner Anmeldung akzeptiere ich die [Allgemeinen Geschäftsbedingungen](#) des Bildungszentrums am UKB sowie die Aussagen zum Datenschutz ([www.ukbonn.de/bildungszentrum](http://www.ukbonn.de/bildungszentrum)).

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin \_\_\_\_\_