ukb universitäts klinikumbonn

Sammelanmeldung / Teilnehmerliste

Seminartitel: _____

Veranstaltungsdatum: _____ von: _____ bis: _____ Uhr

Veranstaltungsort: _____ Dozent/en: _____

Name	Vorname	Klinik/Bereich	Station/Abt.	Berufsbezeichnung	Personalnr.	Kostenstelle	Hand-zeichen

_____

Datum und Unterschrift des Antragstellers

Bildungszentrum am Universitätsklinikum Bonn * Bildungsbereich Fortbildung * Gebäude Nr. 68 / Venusberg-Campus 1 * 53127 Bonn
Telefon: 0228 287 14443 * Fax: 0228 287 90 800 27 * E-Mail: bildungszentrum@ukbbonn.de