

Schiffahrtsmedizinisches Ausbildungszentrum des Zentralinstituts für Arbeitsmedizin und Maritime Lehrgangsanmeldung



Bitte füllen Sie alle Felder in gut lesbarer Druckschrift aus und senden das ausgefüllte und unterschriebene Formular per E-Mail, Fax oder Post an das Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, Seewartenstraße 10, 20459 Hamburg, Deutschland. E-

Mail: ausbildung-schiffahrtsmedizin@justiz.hamburg.de Fax: +49 (0) 40 428 31 3393

Angaben zum gewünschten Lehrgang

Lehrgangsbezeichnung:

Medizinischer Wiederholungslehrgang für Schiffsoffiziere (5-tägig, große Fahrt)

Lehrgangstermin (von/bis):

Lehrgangsgebühr (Euro):

Angaben zum Teilnehmer

Anrede, Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Faxnummer:

Geburtsort, -land:

Mobiltelefonnummer:

Straße/Hausnummer

E-Mail-Adresse:

Postleitzahl/Ort:

Staatsangehörigkeit:

Land:

Kreuzen Sie bitte an, wer die Lehrgangsgebühren übernimmt

Arbeitgeber (weitere Angaben erforderlich)

Selbstzahler

(Rechnung an Teilnehmer)

Angaben zum Arbeitgeber

(Diese Angaben sind bei einer Kostenübernahme durch den Arbeitgeber zwingend erforderlich)

Firmenname:

Telefonnummer 1:

Abteilung:

Telefonnummer 2:

Ansprechpartner (Anrede, Vor- und Nachname):

Faxnummer:

Straße und Hausnummer:

E-Mail-Adresse:

Postleitzahl/Ort:

Internetadresse:

Land:

Rechnung an Arbeitgeber

Rechnung an Teilnehmer

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich verbindlich zu dem oben genannten Lehrgang an. Eine Absage ist bis zu 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn kostenfrei möglich. Bei Nichterscheinen oder Absage weniger als eine Woche vor Lehrgangsbeginn ist die volle Kursgebühr zu entrichten. Ein Alternativteilnehmer kann gestellt werden. Mir ist bekannt, dass falls mein Arbeitgeber die Lehrgangsgebühren entgegen den von mir gemachten Angaben nicht übernimmt, mir diese in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift