

## Interessant für...

Weiterbildungskurs: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf / Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Beschäftigt bei: \_\_\_\_\_

Ausbildungsort: mediCampus Gesundheitsfachberufe  
F + U Sachsen gGmbH  
Rochlitzer Straße 29  
09111 Chemnitz

**Die Ausbildungs-, Teilnahme- und Zahlungsbedingungen werden anerkannt:**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Teilnehmer: \_\_\_\_\_

Bei Kostenübernahme durch Dritte  
Stempel, Unterschrift des  
Rechnungsempfängers: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift  
Ausbildungseinrichtung: \_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis:**

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter <https://www.fuu-sachsen.de/datenschutz>