

Verbindliche Anmeldung



Kursbezeichnung: **Jahresfortbildung „Beauftragter für Medizinproduktesicherheit“**

Termin: **02.06.2021**

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Arbeitgeber: _____

Beschäftigt bei: _____

Kosten / Zahlung: **86,00 €** nach Rechnungslegung durch F+U oder
 bar gegen Quittung **zutreffendes bitte ankreuzen**

Kostenträger: Arbeitgeber Selbstzahler **zutreffendes bitte ankreuzen**

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

Bestätigung Teilnehmer:

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung Arbeitgeber:

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

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>