_____

Name, Vorname Teilnehmer

Verbindliche Anmeldung für Jahresfortbildungen 2024

Bitte kreuzen Sie Ihre gewünschte Fortbildung an. Die Anmeldung muss spätestens 4 Wochen vor Beginn im mediCampus vorliegen. Die Mindestteilnehmerzahl liegt bei 10 Personen.

Kursbezeichnung: **Jahresfortbildung „Leitungsaufgaben in Pflegeeinrichtungen“**

Modul 1 + 2:
- ☐ **07.03. - 08.03.2024**
- ☐ **28.11. - 29.11.2024**

Seminargebühr: 180,00 Euro

Kursbezeichnung: **Jahresfortbildung „Praxisanleiter/in“**

Module

M 1 & M 2
- ☐ **11.03.2024**
- ☐ **17.06.2024**
- ☐ **28.10.2024**
- ☐ **25.11.2024**

Seminargebühr: 90,00 Euro

M 3 & M 4
- ☐ **20.03.2024**
- ☐ **19.06.2024**
- ☐ **23.10.2024**
- ☐ 27.**11.2023**

Seminargebühr: 90,00 Euro

Kursbezeichnung: **Jahresfortbildung „Praxisanleiter/in“**
Fachbereichsbezogene Tagesseminare Pflege, Rettungsdienst oder MTA

Pflege:
- ☐ **22.03.2024**
- ☐ **31.05.2024**
- ☐ **25.10.2024**
- ☐ **06.12.2024**

Seminargebühr: 90,00 Euro

Rettungsdienst:
- ☐ **05.02.2024**
- ☐ **27.05.2024**
- ☐ **23.09.2024**
- ☐ **18.11.2024**

Seminargebühr: 90,00 Euro

MTRA:
- ☐ **18.11.2024**

Seminargebühr: 90,00 Euro

Kursbezeichnung: **Jahresfortbildung „Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI“**

Modul 1+2:
- ☐ **14.03. - 15.03.2024**
- ☐ **06.06. - 07.06.2024**
- ☐ **14.11. - 15.11.2024**
- ☐ **05.12. - 06.12.2024**

Seminargebühr: 188,00 Euro

Kursbezeichnung: **Jahresfortbildung „Medizinproduktebeauftragte/r“**

Tagesseminar: ☐ **06.06.2024**

Seminargebühr: 94,00 Euro

Kursbezeichnung: **Jahresfortbildung „Beauftragte/r für Medizinproduktesicherheit“**

Tagesseminar: ☐ **06.06.2024**

Seminargebühr: 94,00 Euro

Kursbezeichnung: **Jahresfortbildung „Hygienebeauftragte/r“**

Tagesseminar: ☐ **25.04.2024**

Seminargebühr: 94,00 Euro

Ihre Anmeldung senden Sie uns bitte per

0371 6660122 I medicampus-info@fuu-sachsen.de

Verbindliche Anmeldung:
(Bitte sorgfältig ausfüllen!)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

_____

E-Mail _____
(Bitte unbedingt angeben!)

Arbeitgeber: _____

Rechnungsanschrift: _____

_____

Gebühr / Zahlung: ☐ 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 I 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