

## Anmeldung zur 8-stündigen Unterweisung im Strahlenschutz

Bitte füllen Sie das Formular ausschließlich am Computer aus. Vielen Dank!

Name, Vorname und Titel: \_\_\_\_\_

Anschrift (bitte Privatanschrift angeben): \_\_\_\_\_

Geschlecht: w  m

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Am \_\_\_\_\_ möchte ich an der Unterweisung im Strahlenschutz teilnehmen.

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(Name und Vorname) (Geburtsort)

Die Seminargebühr von **90,- Euro** bitten wir Sie sofort nach Anmeldung auf das folgende Konto unter Nennung des nachfolgenden Verwendungszwecks zu überweisen.

Kontoinhaber: St. Josefskrankenhaus

**IBAN** DE41 7002 0500 0001 7934 00

**BIC** BFSWDE33MUE

**Verwendungszweck:** Vorname, Nachname, Strahlenschutzkurs + Datum des Kurses

St. Josefskrankenhaus

Petra Breithaupt

sek-radiologie@st.josefskrankenhaus.de

FAX: 06221/ 526 404

Tel.: 06221/ 526 864

**Wichtige Information:** Eine Bestätigung bzw. Benachrichtigung erhalten Sie nur, wenn der Kurs evtl. bereits belegt ist. Am Seminartag besteht die Möglichkeit, im Krankenhaus-Casino gegen Bezahlung ein Mittagessen zu erhalten. Sollten Sie trotz Anmeldung an der Teilnahme verhindert sein, bitten wir um rechtzeitige Nachricht, damit wir den Platz anderweitig vergeben können. Bei Nichtabmeldung müssen wir auf Zahlung der Kursgebühr bestehen.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift



**ST. JOSEFSKRANKENHAUS**  
Heidelberg