

ANMELDEFORMULAR

BILDUNGSANGEBOT GESUNDHEIT BURGENLAND 2024

An die Gesundheit Burgenland

Personaldirektion

Tel.: 05 7979-36406

fortbildung@gesundheit-burgenland.at

Veranstaltung + Termin:

Dienstgeber:

E-Mail-Adresse des Vorgesetzten:

Datum der Anmeldung:

Nachname	Vorname	E-Mail	Tel. Nr.

Korrekte Rechnungsadresse

.....

Unterschrift Mitarbeiter

.....

Unterschrift Vorgesetzter

Datenschutz

Alle persönlichen Angaben der Teilnehmer werden vertraulich behandelt. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Mit der Übermittlung der Daten willigen die Teilnehmer ein, dass personenbezogene Daten (Vor- und Nachname, Titel, Firmenname, Firmenadresse, Telefonnummern, E-Mail-Adressen, Zusendeadresse oder Privatadresse), die elektronisch, telefonisch, mündlich oder schriftlich übermittelt werden, gespeichert und für die Übermittlung von Informationen und Rechnungen verwendet werden dürfen. Mit Ihrer Anmeldung nehmen Sie die Anmelde- sowie Stornobedingungen auf Seite 12 zur Kenntnis.