

**Anmeldeformular**  
**WEITERBILDUNGSLEHRGANG**  
**im Intermediate Care Bereich/**  
**Cardio pulmonale Obersveraton**

**ERFORDERLICHE BEWERBUNGSUNTERLAGEN:**

- Motivationsschreiben
- Lebenslauf
- Krankenpflergediplom/Nostrifizierung (Kopie)
- 1 Lichtbild
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Heiratsurkunde (Kopie)
- Staatsbürgerschaftsnachweis (Kopie)

\*\*\*\*\*

Vorname/Familienname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon:privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

e-mail: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Name und Adresse der Dienststelle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

<b>Rechnung an:</b>	<input type="checkbox"/> Dienstgeber	<input type="checkbox"/> Teilnehmer
<b>Bestätigung des Dienstgebers:</b>		
(mit Ihrer Unterschrift/Stempel bestätigen Sie die Kostenübernahme der Ausbildung):		
<b>Bestätigung des Teilnehmers:</b>		
(mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kostenübernahme der Ausbildung):		

**KABEG-Bildungszentrum**  
**Klinikum Klagenfurt am**  
**Wörthersee**  
Feschnigstraße 11  
A-9020 Klagenfurt am  
Wörthersee

UID-Nr.: ATU25802806  
DVR-Nr.: 00757209  
Firmenbuch: FN 71434a  
Landes- und Handelsgericht  
Klagenfurt