

Tilmeldingsskema · Sundhedsfaglig efteruddannelse

NAVN:

Fornavn _____ Efternavn _____

ADRESSE:

Gadenavn _____ Husnummer/etage _____

Postnummer _____

By _____

STILLING:

Grunduddannelse _____ Nuværende stilling _____

CPR NR. OG E-MAIL:

CPR nr. _____ E-mail _____

TELEFONNUMRE:

Privat nr. _____ Arbejdsnr. _____

TITTEL:

Titel på kursus, temadag, konference m.v. _____

TID OG STED:

Start dato for aktivitet _____ Sted hvor aktiviteten afholdes _____

BETALING:

Faktura fremsendes _____

Dato _____

Personlig underskrift _____

VIGTIGT! Det er vigtigt, at du udfylder med CPR.nr og E-mail adresse

Faktura sendes til (sæt kryds):

Arbejdsgiver Privat

UDFYLDES AF ARBEJDSGIVER

EAN-nr. _____

Ansættelsessted/Kommune _____

Ansættelsesafdeling _____

Adresse _____

Postnr./By _____

Reference _____

Underskrift/stempel fra arbejdsgiver: _____

NB! Husk at udfylde med EAN-nr.

Sundhed for viderekomne

Ved indsendelse af tilmeldingen accepterer jeg, at tilmeldingen er bindende ved ansøgningsfristens udløb. Når arbejdsgiver betaler forløbet/forløbene: Jeg bekræfter ved indsendelse af tilmeldingen, at min arbejdsgiver er indforstået med at betale for forløbet/forløbene.

Send skemaet til
University College Lillebælt
Blangstedgårdsvej 4
5220 Odense SØ

eller til
University College Lillebælt
Soldalen 8
7100 Vejle