Anmeldeformular für eine Famulatur
und für das Famulanten- und PJler-Camp 2016

Rückmeldung an:

Marienhaus Bildung
Organisationsmanagement
Raiffeisenring 1
56564 Neuwied

Fax: 02631 82529-299
E-Mail: bildung@marienhaus.de

Famulatur auf der Pole-Position

Absolvieren Sie Ihre Famulatur in einer Klinik der Marienhaus Unternehmensgruppe und erleben Sie 4 Tage Highspeed am Nürburgring.

Nutzen Sie die hochkarätige Mischung aus fachlicher Aus- und Fortbildung mit praktischen Übungen und konkreten Impulsen aus dem Klinikalltag.

- O Ja, ich melde mich in dem nachstehend genannten Krankenhaus der Marienhaus Unternehmensgruppe an:

  _____

  Gewünschter Zeitraum der Famulatur (bitte eintragen): _____

- O Ja, ich möchte dabei sein beim Famulanten- und PJler-Camp 2016 am Nürburgring!
  Termin: 4. bis 7. Oktober 2016
  Anmeldeschluss: 12. September 2016

Anmeldegebühr:
Für die Teilnahme am Famulanten- und PJler-Camp am Nürburgring erheben wir eine Anmeldegebühr in Höhe von 50,00 EUR. Bitte überweisen Sie den Betrag innerhalb von 14 Tagen nach erfolgter Anmeldung unter Angabe des Verwendungszwecks „Famulanten Camp 2016“ auf folgendes Konto: Marienhaus Holding GmbH, IBAN: DE09 5745 0120 0030 2646 18, BIC: MALADE51NWD (Sparkasse Neuwied). Der Betrag wird nach Erhalt des Zertifikats zurückerstattet. Geben Sie dazu bitte Ihre Kontodaten an (siehe Rückseite).
Die Plätze im Famulanten- und PJler-Camp sind limitiert und setzen einen Praxiseinsatz an einer der 20 Kliniken an 32 Standorten der Marienhaus Unternehmensgruppe voraus. Übernachtung und Verpflegung sind inklusive.

Anmeldebogen
Famulanten- und PJler-Camp 2016

Rückmeldung an:

Marienhaus Bildung
Organisationsmanagement
Raiffeisenring 1
56564 Neuwied

Fax: 02631 82529-299
E-Mail: bildung@marienhaus.de

Anrede: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Kontonummer: _____

BLZ, Bank: _____

Universität: _____

Fachsemester: _____
(Stand Sommersemester 2016)

Verpflegung*:* ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer/in

Medizinische Fachabteilung: _____

Chefarzt/-ärztin: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Chefarzt/-ärztin