

Ich melde mich hiermit für die folgende Ausbildung an:

Qualifizierung als Patientensicherheitsbeauftragte/r

gemäß Anforderungen des hessischen Ministeriums für Soziales und Integration auf der Basis des WHO Mustercurriculums Patientensicherheit

Ort: Universitätsklinikum Frankfurt

- Zeit: 10. und 11.07.2024 08:30 bis 17:00 Uhr, 12.07.2024 08:30 bis 16:30 Uhr oder
 04. und 05.11.2024 08:30 bis 17:00 Uhr, 06.11.2024 08:30 bis 16:30 Uhr

(Bitte den gewünschten Termin ankreuzen)

Krankenhaus:	
Abteilung:	
Funktion:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Teilnehmer/in:	
E-Mail-Adresse (beruflich):	
Telefon:	

Ich bin benannte/r Patientensicherheitsbeauftragte/r des oben genannten Krankenhauses.

Die Kosten der Qualifizierung in Höhe von 1.500,00,00 € zzgl. Mehrwertsteuer inkl. Catering werden von meinem Arbeitgeber bezahlt.

Die korrekte Rechnungsanschrift meiner Gesundheitseinrichtung lautet:

Sollte ich an der Qualifizierung doch nicht teilnehmen können, werde ich spätestens 6 Wochen vor Beginn dieser meine Anmeldung stornieren, ansonsten müssen wir Ihnen Stornierungsgebühren in Rechnung stellen.

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer/in

Ort, Datum Unterschrift Geschäftsführung/Vorstand

Bitte senden Sie die ausgefüllte unterschriebene Anmeldung an: silke.kondylis@ukffm.de