

Kostenübernahme

Sonderausbildung/Lehrgang zur Weiterbildung als Akademische/r ExpertIn

Angaben zur Person (Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.)	
Nachname	
Vorname(n)	
Akademischer Titel	
SV-Nr./Geburtsdatum	
Datum Diplomierung AGP	
Adresse	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort, Bundesland	
Land	
Dienstgeber	
Krankenanstalt/Abtlg.	
PLZ, Ort	
Straße	
Telefonnummer	
E-Mail	
Die Rechnung der Lehrgangsgebühr ergeht an (zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Tirol Kliniken – Kostenstelle _____ <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Dienstgeber	

Genauere Rechnungsanschrift mit E-Mail Adresse (Rechnungen werden per E-Mail verschickt):

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift PDL + Stempel