

## ANMELDUNG

Anmeldung geschieht ausschließlich durch das Einsenden des vollständig ausgefüllten Anmeldeformulars an:

Berufsgenossenschaftliches  
Unfallkrankenhaus Hamburg  
Öffentlichkeitsarbeit  
Bergedorfer Straße 10  
21033 Hamburg

Tel.: 040/7306-1315/1348

Mit dem Einsenden des Anmeldeformulars verpflichten Sie sich, die Kursgebühren in Höhe von Euro 450,00 (Basis1 Level 1A) bzw. Euro 650,00 (Basis1 Level 1B) zu bezahlen.

Die Vergabe der Ausbildungsplätze

Die Vergabe der Ausbildungsplätze geschieht nach Eingangsdatum der Anmeldeformulare.

Der Anmeldetermin schließt 4 Wochen vor Kursbeginn. Falls es mehr Anmeldungen als Ausbildungsplätze gibt, werden Sie in eine Warteliste eingetragen.

Annullierung

Falls Sie Ihre Anmeldung annullieren, sind Sie ohne Ausnahme Verwaltungsgebühren in Höhe von Euro 26,00 schuldig.

Wenn Sie Ihre Teilnahme, nachdem Sie sich angemeldet haben, annullieren, ist Erstattung der Kursgebühren ausschließlich unter folgenden Bedingungen möglich:

- Das Annullieren soll schriftlich geschehen, wobei das Eingangsdatum als Annullierungsdatum gilt.
- Falls Sie länger als 8 Wochen vor dem Kursanfang annullieren, findet hundertprozentige Erstattung der Kursgebühren statt.
- Falls Sie innerhalb 8 Wochen vor dem Kursanfang annullieren, findet Erstattung von 50% der Kursgebühren statt.
- Nachdem der Kurs angefangen hat, findet keine Erstattung mehr statt.

Hundertprozentige Erstattung der empfangenen Kursgebühren und außerdem Erstattung der Verwaltungsgebühren geschieht ausschließlich, wenn es nach Urteil vom Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg einen Anlaß gibt, den Kurs in seiner Gesamtheit nicht stattfinden zu lassen.

Zahlung

Wenn der Kurs stattfindet, bekommen Sie einen vorläufigen Zulassungsnachweis und eine Rechnung. Die Kursgebühren müssen 4 Wochen vor Kursbeginn bezahlt werden. Nach Empfang der Kursgebühren schicken wir Ihnen einen definitiven Zulassungsnachweis, zusammen mit näheren Informationen über den Kurs.

Zeugnis

Am Ende des Kurses bekommen Sie, wenn Sie der Prüfungsnorm entsprechen, ein Zeugnis.

# ANMELDEFORMULAR

Bitte in Blockschrift oder mit der Schreibmaschine ausfüllen.

## Personalien

Familienname: \_\_\_\_\_  
(Wenn verheiratet, auch den Mädchennamen angeben.)

Geschlecht: \* Frau/Mann

Vornamen: \_\_\_\_\_  
(ausschreiben)

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

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

Vorbildung/Beruf: \_\_\_\_\_

Ergotherap. Tätigkeit  
seit: \_\_\_\_\_

Arbeitsstelle  
Institut/Betrieb: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Kurs Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF),  
Meldet sich an für: Grundkurs Basis 1 Level 1A 20.02. – 24.02.2012

Unterzeichneter erklärt, die Anmelde- und Zahlungsvoraussetzungen des  
Berufsgenossen-  
schaftlichen Unfallkrankenhauses zur Kenntnis genommen zu haben:

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

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

Wir bitten Sie dieses Formular in einem frankierten Umschlag zu retournieren an:

Berufsgenossenschaftliches  
Unfallkrankenhaus Hamburg  
Öffentlichkeitsarbeit  
Bergedorfer Straße 10  
21033 Hamburg

Fax: 040/7306-1701

(\* ) Nicht Zutreffendes bitte streichen.

# ANMELDEFORMULAR

Bitte in Blockschrift oder mit der Schreibmaschine ausfüllen.

Personalien

Familienname: \_\_\_\_\_

(Wenn verheiratet, auch den Mädchennamen angeben.)

Geschlecht: \_\_\_\_\_

\* Frau/Mann

Vornamen: \_\_\_\_\_

(ausschreiben)

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

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

Vorbildung/Beruf: \_\_\_\_\_

Ergotherap. Tätigkeit  
seit: \_\_\_\_\_

Arbeitsstelle

Institut/Betrieb: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Kurs

Meldet sich an für:

Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF),  
Grundkurs Basis 1 Level 1B 29.10. - 02.11.2012

Unterzeichneter erklärt, die Anmelde- und Zahlungsvoraussetzungen des  
Berufsgenossen-  
schaftlichen Unfallkrankenhauses zur Kenntnis genommen zu haben:

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

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

Wir bitten Sie dieses Formular in einem frankierten Umschlag zu retournieren an:

Berufsgenossenschaftliches  
Unfallkrankenhaus Hamburg  
Öffentlichkeitsarbeit  
Bergedorfer Straße 10  
21033 Hamburg

Fax: 040/7306-1701

(\* ) Nicht Zutreffendes bitte streichen.