

## ANMELDUNG ZUR FORTBILDUNG für Mitarbeiter/innen der Kliniken Köln

Nur von Beschäftigten der Kliniken der Stadt Köln gGmbH auszufüllen!

Titel der Fortbildung:	
Termin/e der Fortbildung:	
Name:	Dienst-Bez.:
Vorname:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Einsatzort:	Tel. dienstlich:
PLZ/Wohnort:	Tel. privat:
Straße:	
*E-Mail:	

**\*Bitte geben Sie Ihre E-Mail Adresse an, Sie ermöglichen uns damit eine zeitnahe Kommunikation.**

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Fortbildungsveranstaltung an und erkläre, dass ich die Teilnahmebedingungen für Mitarbeiter/innen der Kliniken Köln zur Kenntnis genommen habe und akzeptiere.

Ich stimme der elektronischen Speicherung meiner Daten im Seminarverwaltungsprogramm zu.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Wenden Sie sich hierzu bitte per E-Mail an [datenschutz@kliniken-koeln.de](mailto:datenschutz@kliniken-koeln.de) oder telefonisch an die Beauftragte für Datenschutz: 0221 - 8907-90

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Stellungnahme der Abteilungs-, Funktions- oder Stationsleitung bzw. Pflegedirektion: Die Teilnahme ist genehmigt:		
Datum:	Unterschrift Abteilungs-, Funktions- oder Stationsleitung:	Unterschrift PDL: