

## Anmeldung

# EXPERIMENTATOREN-FORTBILDUNG

## Versuchstierkundlicher Kurs entsprechend Kategorie B der FELASA

Kurstermin

Frau\*  Herr\*

Studierender\*  Mitarbeiter der Universität/Uniklinik Frankfurt a. M.\*  Teilnehmer\*

Titel (Akad. Grad):

Vorname:\*

Nachname:\*

Studium/Ausbildungsgang:

Ausbildungs-/  
Studienabschluss:

Rechnungsanschrift der  
Rechtsperson:\*

Einrichtung mit vollständiger  
Adresse und Ansprechpartner

### Persönliche Daten:

Geburtstag:\*

Geburtsort:\*

E-Mail:\*

Mobiltelefon-Nr.:\*

\* Ich bestätige, dass ich die Teilnahmebedingungen und die EU-DSGVO vollständig gelesen habe und diese hiermit akzeptiere.

Datum, Ort

Unterschrift Kursteilnehmer

\* Ich bestätige die Kostenübernahme für den genannten Teilnehmer sowie das Akzeptieren der AGB.

Datum, Ort

Institut/Klinik/Firma

Unterschrift Rechnungsverantwortlicher

\* Pflichtfelder. Damit wir Ihre Anmeldung verbindlich bearbeiten können, bitten wir Sie alle Formularfelder korrekt auszufüllen. Wir werden Ihre Daten nur zum Zwecke der Kursbuchung und Organisation verwenden und nicht an Dritte weitergeben.