

Abs.

An  
DGA-Akademie GmbH – Akademie für Gefäßmedizin  
Haus der Bundespressekonferenz  
Schiffbauerdamm 40  
10117 Berlin

### Anmeldung eines Mitarbeiters zur Fortbildung Angiologieassistent/in – DGA

.....  
Name, Vorname des Mitarbeiters

Geb.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Dienstadresse und Rechnungsadresse (falls abweichend)

Persönliche E-Mail des Mitarbeiters .....

Hiermit melde ich verbindlich meine/n Mitarbeiterin zur Fortbildung Angiologieassistent/in an. Eine Kopie des Zeugnisses des medizinischen Berufsabschlusses (Examen/anerkannter Abschluss als Krankenschwester/-pfleger, medizinische/r Fachangestellte/r, medizinisch-technische/r Assistent/in) oder äquivalente Berufsausbildung) und ein tabellarischer beruflicher Werdegang des Mitarbeiters sind beigefügt.

Ich akzeptiere die Fortbildungsregeln, wie sie im Curriculum Angiologieassistent/in – DGA beschrieben sind und stelle den Mitarbeiter für die erforderlichen Kurse und Fortbildungen von seiner Dienstpflicht frei. Weiterhin bestätige ich die Übernahme der Kosten für die Weiterbildung. Unser/e o. g. Mitarbeiter/in ist im Rahmen der Fortbildungsmaßnahmen zur/m Angiologieassistenten/in – DGA durch meine Einrichtung (Klinik oder Praxis) Haftpflicht versichert.

Die Gesamtkosten für die Fortbildung in Höhe von **1450,00 Euro (netto)** werde ich nach Rechnungsstellung auf das Konto der DGA-Akademie überweisen\*:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
IBAN: DE46 3006 0601 0108 1451 15  
BIC: DAAEDED

\*Die Anmeldung erreicht nach Zahlungseingang Gültigkeit.

.....  
Name und Unterschrift

.....  
Ort/ Datum

Verantwortlicher Vorgesetzter (Praxisinhaber – Leiter der angiologischen Abteilung / Klinik)

Anlagen