

Anmeldeformular

für externe Kursteilnehmende

Kursname/Kurs-Nr.

Kursdaten:

Teilnehmer:in:

Name/Vorname/Titel/Funktion:

Rechnungstellung Arbeitgeber

Rechnungsstellung privat

Adresse Arbeitgeber:

Adresse privat:

Telefon Geschäft:

Mobile privat:

E-Mail Geschäft:

E-Mail privat:

Datum:

Ich akzeptiere die Datenschutzbestimmungen und bin einverstanden, dass das Kantonsspital Graubünden meine Daten zur Kontaktaufnahme weiterverarbeitet. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Anmeldung bis spätestens vier Wochen vor Kursbeginn (spätere Anmeldungen auf Anfrage) an fortbildung@ksgr.ch.