

# Schifffahrtsmedizinisches Ausbildungszentrum des Zentralinstituts für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin

## Lehrgangsanmeldung

Bitte füllen Sie alle Felder in gut lesbarer Druckschrift aus und senden das ausgefüllte und unterschriebene Formular per Fax oder Post an das Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin, Seewartenstraße 10, 20459 Hamburg, Deutschland.

**BITTE BEACHTEN SIE UNSERE NEUE FAXNUMMER: +49 (0) 40 – 42731 – 3393**

### Angaben zum gewünschten Lehrgang

Lehrgangsbezeichnung:

Medizinischer Wiederholungslehrgang für Schiffsoffiziere (5-tägig, große Fahrt)

Lehrgangstermin (von / bis):

Lehrgangsgebühr (Euro):

### Angaben zum Teilnehmer

Anrede, Vorname, Nachname:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Faxnummer:

Geburtsort und -land:

Mobiltelefonnummer:

Straße und Hausnummer:

E-Mail-Adresse:

Postleitzahl und Wohnort:

Ausweisnummer (nur wenn wohnhaft im Ausland)

Land:

Kreuzen Sie bitte an, wer die Lehrgangsgebühren übernimmt:

Arbeitgeber (weitere Angaben erforderlich)

Selbstzahler (Rechnung an Teilnehmer)

### Statistische Angaben (freiwillig)

Schiffstyp und Schiffsgröße (BRZ / BRT):

Bemerkungen:

Position bzw. Aufgabe an Bord:

### Angaben zum Arbeitgeber

(Diese Angaben sind bei einer Kostenübernahme durch den Arbeitgeber zwingend erforderlich)

Firmenname:

Telefonnummer 1:

Abteilung:

Telefonnummer 2:

Ansprechpartner (Anrede, Vorname, Name):

Faxnummer:

Straße und Hausnummer:

E-Mail-Adresse:

Postleitzahl / Ort:

Internetadresse:

Land:

Rechnung direkt an Arbeitgeber

Rechnung an Teilnehmer

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und melde mich verbindlich zu dem oben genannten Lehrgang an. Eine Absage ist bis zu 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn kostenfrei möglich. Bei Nichterscheinen oder Absage weniger als eine Woche vor Lehrgangsbeginn ist die volle Kursgebühr zu entrichten. Ein Alternativteilnehmer kann gestellt werden. Mir ist bekannt, dass, falls mein Arbeitgeber die Lehrgangsgebühren entgegen den von mir gemachten Angaben nicht übernimmt, mir die Lehrgangsgebühren in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift