

Universitätslehrgang  
Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene  
**Anmeldeformular**

Termin:

---

Akademie für Gesundheitsberufe des  
Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes  
Göstinger Straße 24  
8020 Graz

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum,- ort:

Sozialversicherungs-Nr.:

Staatsbürgerschaft:

Wohnadresse:

Telefon:

E-Mail:

Diplomierungsjahr:

Waren Sie schon einmal an einer österreichischen Universität inskribiert?  Ja  Nein

Wenn ja, Matrikelnummer:

Derzeitige Dienststelle:  
(Klinik/Pflegeheim/HKP)

Abteilung, Station:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Derzeitige Funktion:

Rechnungsadresse:

privat

Dienststelle

Der Anmeldung beizulegen sind: **2 Passfotos, Kopie d. Diploms, Kopie d. Reisepasses**

Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der Teilnehmers/in

.....  
Stempel und Unterschrift der  
Pflegedienstleitung