

## Fax- / Brief- Anmeldung

Fax: 0 62 21/56-41 95

Institut für Medizinische Biometrie  
Frau Andrea Wendel  
Marsilius-Arkaden, Turm West  
Im Neuenheimer Feld 130.3  
69120 Heidelberg

### Medical Biometry/Biostatistics

### EINZELKURSBELEGUNG

Hiermit melde ich mich verbindlich an

zum Kurs: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

Gebührengruppe:        normal  
                              ermäßigter Tarif (**bitte zweite Seite „Dienstnachweis“ beilegen**)

Herr/Frau	Titel
Name	Vorname
Firma/Institut	Abteilung
PLZ, Ort	Straße
Telefon	Fax
Email	

Dies ist meine                       Dienstadresse                       Privatadresse

Es gelten die in der Einladung genannten Bedingungen. Zahlung bitte nach Rechnungserhalt.

#### **Datenschutzerklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass die gemachten Angaben in einer Datenverarbeitungsanlage gemäß [Art. 6 Abs. 1 lit b. DSGVO](#) gespeichert werden. Die Daten dienen der organisatorischen Abwicklung des Studiengangs und statistischen Zwecken. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ich habe die [Datenschutzerklärung gelesen](#) und akzeptiere diese.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Teilnehmer/Firmenstempel

**Dienstnachweis**  
**für die Teilnahme von Mitarbeitern universitärer Einrichtungen, deren**  
**Aninstituten sowie aus Gesundheitsbehörden**  
**an Einzelkursen in Medical Biometry/Biostatistics**

Herr/Frau

.....  
.....  
.....  
.....

(bitte Teilnehmerdaten einfügen)

Hiermit bestätige ich, dass Herr/Frau.....

zum Zeitpunkt des Kurses: .....

vom.....bis.....an der Universität/Institut/Dienststelle

.....

in der Abteilung.....beschäftigt ist.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Abteilungsleiter/  
Instituts-/Dienststellenstempel