

**Universitätslehrgang**  
Mittleres Pflegemanagement  
**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 des Diploms, Kopie des Reisepasses**

Ort, Datum .....

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

.....  
Stempel und Unterschrift der  
Pflegedienstleitung