

An die
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Weiterbildendes Fernstudium
Angewandte Gesundheitswissenschaften
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

Wird von der Hochschule ausgefüllt:

Eingang: _____

Eingangsbestätigung: _____

DB: _____

Zulassung: _____

Anmeldung WEITERBILDUNG KOMPAKT

Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben aus.

Für welche(n) Weiterbildungskurs(e) möchten Sie sich anmelden?

Angaben zu Ihrer Person

Name:

Vorname(n):

Geburtsname:

Geburtsdatum: . .

Geburtsort:

Geschlecht: weiblich männlich

Staatsangehörigkeit:

Straße/Hausnr.:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Telefon privat:

Telefon berufl.:

Mobil:

Email: _____ @ _____

