

# Lehrgang für ARBEITSMEDIZINISCHE ASSISTENTEN/INNEN

An die

## *Linzer Akademie für Arbeitsmedizin -*

Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit

Museumstraße 31a

4020 Linz

*Der Anmeldung bitte ein Foto für die TeilnehmerInnenliste beilegen!*

### ANMELDUNG

(Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen)

**Vor- u. Familienname, Titel:** .....

**Anschrift:** .....

**Geburtsdatum und -ort:** .....

**Staatsbürgerschaft:** .....

**Telefon-Nr. / Fax-Nr.:** ...../.....

**Mobil-Tel.:** .....

**E-Mail:** .....

**Dienstgeber:** .....

**Anschrift:** .....

**Telefon-Nr. / Fax-Nr.:** ...../.....

**Mobil-Nr.:** .....

**E-Mail:** .....

Anmeldung:

Ich melde mich zum Lehrgang für **ARBEITSMEDIZINISCHE ASSISTENTEN/INNEN** der *Linzer Akademie für Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik* - im Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit ZVR 767686879 - **verbindlich** an. Mir ist bekannt, dass ich im Rahmen dieser Ausbildung Betriebe und Baustellen besuchen werde. Ich nehme zur Kenntnis, dass der PGA für Schäden, die mir dadurch entstehen könnten, keinerlei Haftung übernimmt.

Ausbildungskosten: € **2.475,00** inkl. 10% MwSt

Die Rechnung senden Sie bitte an:

Privatadresse

Dienstgeber

.....

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift