



### Hörscreeningzentrum Nordrhein

Klinik und Poliklinik für Hals-,  
Nasen- und Ohrenheilkunde  
Gebäude 23, Kerpener Straße 62  
50924 Köln

Frau Dr. med. R. Lang-Roth  
Prof. Dr. rer. nat. M. Walger

Projektmanagement:  
**Frau S. Fabian**  
Telefax: +49 221 478-88760  
E-Mail: [info@hoerscreening-nordrhein.de](mailto:info@hoerscreening-nordrhein.de)  
Homepage: [www.hoerscreening-nordrhein.de](http://www.hoerscreening-nordrhein.de)

### Anmeldung zur Schulung zum Neugeborenen-Hörscreening Nordrhein

Bitte schicken Sie das umseitige Anmeldeformular ausgefüllt und unterschrieben per Post, Fax oder eingescannt als E-Mail an:

Uniklinik Köln- HNO Klinik  
**Hörscreeningzentrum Nordrhein**  
c/o Frau Fabian  
Kerpenerstr. 62  
50924 Köln

Tel.: 0221- 478 88759, Fax: 0221-478 88760, [info@hoerscreening-nordrhein.de](mailto:info@hoerscreening-nordrhein.de)

Die Teilnahmegebühr muss spätestens 10 Tage vor dem Schulungstermin auf unserem Konto eingegangen sein. Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr in Höhe von 60,- Euro pro Person auf nachfolgendes Konto, **geben Sie bitte immer als Verwendungszweck: 3600 0058 01 plus Name/Teilnehmer und Schulungsdatum an, da Ihre Überweisung nur so korrekt zugeordnet werden kann!**

**Bankverbindung: Bank für Sozialwirtschaft Köln**  
**IBAN: DE04 3702 0500 0008 1500 00; BIC: BFSWDE33XXX**  
**Verwendungszweck: HNO SON 00031 plus NAME TEILNEHMER und SCHULUNGSDATUM**

### Rücktritt, Veranstaltungsausfall und Haftung

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass bei Stornierung der Anmeldung bis 7 Tage vor der Veranstaltung, bei Stornierung danach bzw. bei Nichterscheinen am Veranstaltungstag eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 20,-Euro einbehalten wird. Eine Ersatzperson kann genannt werden, in diesem Falle fällt keine Bearbeitungsgebühr an. Bitte nehmen Sie Ihre Stornierung immer schriftlich unter o.g. genannter Adresse vor. Bei nicht ausreichender Belegung (mind. 5 Teilnehmer), kann die Veranstaltung kurzfristig durch das Hörscreeningzentrum abgesagt werden. Sollte die Veranstaltung von uns aus wichtigen Gründen abgesagt werden müssen, so besteht Anspruch auf volle Rückerstattung der Teilnahmegebühr; Ansprüche darüber hinaus bestehen nicht. Die Haftung für Unfälle bei der An- und Abreise zum Schulungsort wird ausgeschlossen. Dies gilt ebenso für den Diebstahl mitgebrachter Gegenstände während des Veranstaltungszeitraumes.



**Fax-Anmeldung bitte an: 0221- 478 86738**

Uniklinik Köln- HNO Klinik  
**Hörscreeningzentrum Nordrhein**  
c/o Frau Fabian  
Kerpenerstr. 62  
50924 Köln

**Anmeldung zur Schulung zum Neugeborenen-Hörscreening Nordrhein**

Hiermit melde ich mich verbindlich für die unten genannte Schulung an. Die Teilnahmegebühr beträgt 60,-Euro pro Person.

<b>Klinik (Adresse)</b>	
<b>Abteilung</b>	
<b>Station</b>	

Vom Teilnehmer vollständig auszufüllen!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel. Kontakt: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Gewünschter Schulungstermin: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift und Stempel \_\_\_\_\_

**Bitte denken Sie daran, dass Ihre Anmeldung erst nach Überweisung/Eingang der Teilnahmegebühr endgültig bestätigt werden kann.**