

**Bewerbung zur Aufnahme für das  
 Postgraduate-Studium  
 ADVANCED CLINICAL RESEARCH**

Studienbeginn: 20. Oktober 2017

<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
----------	----------	----------	----------

**PERSÖNLICHE DATEN**

Nachname	
Vorname(n)	
Akademischer Titel	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Staatsbürgerschaft	
Berufliche Funktion	

Passfoto

Institution/Firma + Anschrift
Privatanschrift: Straße
PLZ, Ort
Telefon/Handy
Telefax
E-Mail

**ABGESCHLOSSENE HÖHERE SCHULISCHE AUSBILDUNG**

Schule / Universität (Studienrichtung, Lehrgang u.a.)	Abschluss/akad. Grad	von - bis (Jahresangaben)

**ANRECHNUNG**

Über die Anrechnung von bereits absolvierten Ausbildungen bzw. Ausbildungsteilen entscheidet die Lehrgangsleitung. Entsprechende Belege sind der Anmeldung beizufügen.

**BERUFLICHER WERDEGANG**

Organisation/Firma	Position/Funktion	von – bis (Jahresangaben)

**PERSÖNLICHE MOTIVATION**

**für Ihre Teilnahme am Universitätslehrgang Clinical Research**

Warum bewerben Sie sich für dieses Postgraduate Studium und welche Erwartungen verbinden Sie damit?

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

**INFORMATION**

Wie haben Sie von diesem Postgraduate-Studium erfahren?

- Internet
- Inserat                      Zeitung / Zeitschrift: .....
- Sonstiges                      Nämlich: .....

Wird die Lehrgangsgebühr für dieses Postgraduate-Studium von Ihrem Arbeitgeber oder von einer anderen Institution bezahlt?

- ja                                       ja teilweise                                       nein

Sind Sie mit der Veröffentlichung Ihres Namens / Ihres Unternehmens auf der Referenzliste der Veranstalter einverstanden?

- Nur mein Name                       ja                                       nein
- Nur mein Unternehmen                       ja                                       nein
- Name und Unternehmen                       ja                                       nein

**DER ANMELDUNG SIND BEIZULEGEN**

- Lebenslauf
- Kopie des Reisepasses oder Staatsbürgerschaftsnachweis
- 1 Passbild (am Anmeldeformular)
- Kopien der Abschlusszeugnisse
- Nachweis sonstiger Qualifikationen (z.B. Seminare, Kurse, etc. )
- Publikationsliste
- Nachweis beruflicher Tätigkeit(en) i.F. von Arbeitszeugnis, Arbeitsbestätigung

**RECHNUNGSADRESSE**

- Privatanschrift (siehe vorne)
- Geschäftsanschrift (siehe vorne)
- andere Adresse, wie folgt:

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

**ANMELDUNG**

Die Anmeldung ist nur für den gesamten Lehrgang möglich (4 Semester und Summer School) und wird als verbindlich gewertet. Über die Zulassung entscheidet der Vizerektor für Lehre der JKU Linz auf Vorschlag der Lehrgangsführung.

Lehrgangsgebühr: € 3.000,00 pro Semester zuzüglich € 1.700 für die Summer School, gesamt € 13.700,00 inkl. Bearbeitungs- und Prüfungsgebühren; exklusive Unterbringung und Verpflegung in der Blockwoche / Seminarhotel. Zahlung ist nach Rechnungslegung fällig.

Alle Konditionen, auch betreffend Stornierung / Absage des Lehrgangs, sind den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (in der jeweils gültigen Form) zu entnehmen.

Ich melde mich hiermit verbindlich zum Postgraduate-Studium Clinical Research an, habe die o.a. Allgemeinen Geschäftsbedingungen (in der Beilage) erhalten, gelesen und akzeptiert und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der von mir angeführten Angaben:

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*

**VOLLSTÄNDIGE ANMELDEUNTERLAGEN BITTE PER POST SENDEN AN:**

Akademie für Gesundheit und Bildung der Kreuzschwestern GesmbH  
z.H. Daniela Zauner, MSc  
Grieskirchner Straße 49  
4600 Wels

**RÜCKFRAGEN AN**

***Univ.-Prof. Prim. Dr Josef Thaler***  
Wissenschaftliche Lehrgangsleitung  
E-Mail: [josef.thaler@klinikum-wegr.at](mailto:josef.thaler@klinikum-wegr.at)

Akademie für Gesundheit und Bildung der Kreuzschwestern GesmbH  
Telefon: 07242-350 836  
E-Mail: [office@die-akademie-wels.at](mailto:office@die-akademie-wels.at)

***Daniela Zauner, MSc***  
Organisatorische Lehrgangsleitung  
Tel.: +43/7242/415-6567  
E-Mail: [daniela.zauner@die-akademie-wels.at](mailto:daniela.zauner@die-akademie-wels.at)  
oder [daniela.zauner@klinikum-wegr.at](mailto:daniela.zauner@klinikum-wegr.at)

Vertretung: Dipl.-Kfm. Michael Pötscher  
Tel.: +43/7242/415-6567  
E-Mail: [michael.poetscher@klinikum-wegr.at](mailto:michael.poetscher@klinikum-wegr.at)