

**Bewerbung zur Aufnahme in den
Universitätslehrgang
CLINICAL RESEARCH**

Studienbeginn: 20. Oktober 2017

2	0	1	7
----------	----------	----------	----------

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

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

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

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