

ANMELDUNG

Anwenderschulung – Anästhesie | Intensivbeatmung | Neonatologie

Löwenstein Medical beabsichtigt, nachfolgende Mitarbeiter Ihres Hauses zur internen Fortbildungsveranstaltung Anwenderschulung _____ am _____ in Bad Ems einzuladen und die nachfolgend aufgeführten Kosten zu übernehmen.

Klinik

Straße

PLZ, Ort

Teilnehmer (bitte max. 2 Personen pro Klinik)

1. Person: Anrede / Name / Vorname

2. Person: Anrede / Name / Vorname

Abteilung

E-Mail

Telefon Abteilung

Pfleger	Mediziner
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Bitte faxen Sie Anmeldung und Genehmigung an:
02603 / 96 00 99 2053
oder per Mail an: **Schulungen-Klinik@hul.de**
Rückfragen? **02603 / 9600 2053**

Sollten Sie aufgrund Ihrer langen Anreise zwei Übernachtungen benötigen, wenden Sie sich bitte telefonisch oder per Mail an uns.

TEILNAHMEFORMULAR

Anwenderschulungen (Bereich Hospital)

Teilnehmender Mitarbeiter: _____

Dienstanschrift: _____

LÖWENSTEIN MEDICAL beabsichtigt, Sie zu der unternehmenseigenen Fortbildungsveranstaltung mit der Bezeichnung Anwenderschulung _____ am _____ in Bad Ems einzuladen und die unten aufgeführten Kosten zu übernehmen. Mit diesem Schreiben möchten wir Sie auf einige Aspekte zu den von uns übernommenen Kosten Ihrer Fortbildung hinweisen.

1. LÖWENSTEIN MEDICAL beabsichtigt, für Sie folgende Kosten inkl. gesetzlicher Umsatzsteuer zu übernehmen:

- a) für Hotel: EUR 90
- b) Bewirtung im Rahmen der Veranstaltung: EUR 70
- c) Reisekosten für diese Veranstaltung können leider nicht übernommen werden.

2. Aufgrund der steuerlichen Vorschriften sind Sie verpflichtet, die von uns übernommenen Kosten für Ihre Teilnahme an der oben genannten Veranstaltung in Ihrer Steuererklärung zu berücksichtigen. Wir empfehlen, das Programm der Veranstaltung sowie alle Nachweise der Veranstaltung zu sammeln und im Falle der Überprüfung durch Ihr zuständiges Finanzamt diesem vorzulegen.

3. Die Gewährung der genannten Unterstützung steht hierbei in keinerlei Zusammenhang mit etwaigen Geschäftsbeziehungen zwischen uns und Ihrer Einrichtung. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Gewährung der Unterstützung nicht in der Erwartung erfolgt, dass diese Unterstützung bei zukünftigen Beschaffungs- und Verordnungsentscheidungen zugunsten von Produkten unseres Unternehmens Berücksichtigung findet. Ferner ist es aus rechtlichen Gründen erforderlich, dass Ihr Dienstherr bzw. Arbeitgeber (d.h. die Verwaltung Ihrer Einrichtung) mit unserer Unterstützung und Ihrer Teilnahme an der Veranstaltung einverstanden ist und diese genehmigt.

4. Bitte senden Sie dieses Formular, aus dem sich die Genehmigung der Teilnahme an der genannten Veranstaltung sowie der Kostenübernahme durch LÖWENSTEIN MEDICAL ergibt, möglichst rasch an uns zurück. Ohne die vorherige Vorlage der Genehmigung kann eine Teilnahme an der Veranstaltung sowie eine Kostenübernahme durch LÖWENSTEIN MEDICAL leider nicht erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Löwenstein Medical GmbH & Co. KG

Genehmigung:

Wir haben das an den oben genannten Mitarbeiter gerichtete Schreiben zur Kenntnis genommen.

☐

*Wir sind einverstanden, dass Frau/Herr _____ im Rahmen seiner Dienstausbübung für unsere Einrichtung an der Veranstaltung teilnehmen wird und genehmigen die angebotene Unterstützung.

☐

*Wir sind einverstanden, dass Frau/Herr _____ außerhalb seiner Dienstausbübung für unsere Einrichtung an der Veranstaltung teilnehmen wird. Mit der angebotenen Unterstützung Ihres Unternehmens sind wir einverstanden und genehmigen diese.

Name in Druckbuchstaben: _____

Funktion: _____

Ort, Datum

Verwaltungsdirektor(in)/ Geschäftsführung
Stempel, Unterschrift

* Zutreffendes bitte ankreuzen.