



Sprachkurse & interkulturelle Begegnungen zur Integration ausländischer medizinischer Fachkräfte



ZERTIFIZIERTER BILDUNGSTRÄGER

Zertifikat-Registrier-Nr. TIC 15 190 13170

Zertifizierungsstelle des TÜV Thüringen e.V.

## Anmeldeformular

### INTENSIV – WORKSHOPS FÜR AUSLÄNDISCHE ÄRZTE

Integratives Sprachförderungsprogramm DaF, berufsbezogen Level B2 - C1 nach GER (Kursinhalte s. Flyer)

**Zeitraum** APRIL – DEZEMBER 2015  
**Ort** Schlachthofstrasse 8-10 99423 Weimar (HAUS A, 2. Etage, SR 220-222) >>Nähe Hbf.  
**Umfang** 48 UE Basiskurs & 48 UE Aufbaukurs (jeweils 6 WS zu je 8 UE)

#### (FOLGE)TERMINE

**BASISTRAINING:** Sa 25.04. / Sa 16.05. / Sa 30.05. / Sa 13.06. / Sa 27.06. / Sa 11.07. 2015

2015

**AUFBAUTRAINING:** Sa 25.07. / Sa 15.08. / Sa 29.08. / Sa 12.09. / Sa 24.10. / Sa 14.11. 2015  
**ZUSATZTERMINE:** Sa 28.11. / Sa 12.12.2015 \*Änderungen vorbehalten

#### Teilnahmebedingungen

Akademischer Abschluss (Medizinstudium) Level DaF B2 nach GER

#### Name, Herkunftsland

**Arbeitgeber** (Krankenhaus, Fachabteilung): \_\_\_\_\_

**Kontakt TN:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort / Straße / Nr.** \_\_\_\_\_

**Telefon, E-Mail** \_\_\_\_\_

#### Kursgebühr

Für 2 fachbezogene Intensiv-WS zu je 8 UE (16 UE) in der Zeit von jeweils 9 – 17 Uhr  
**Teilnahmegebühr: 380,00 € pro Teilnehmer** (Mindest-Teilnehmerzahl: 7 TN)  
(Kaffepausenverpflegung inklusive, dazu kulturell-integratives Programm & **Sonderleistungen** lt. Werbeflyer)

**Anzahl der gebuchten Workshops:** \_\_\_\_\_

**Gewünschte Termine:** \_\_\_\_\_

**Themen / Schwerpunkte:** \_\_\_\_\_

#### Kostenträger:

Für bereits angestellte Ärzte wird die Kursgebühr nach der Prüfung und Genehmigung des Antrags durch den Arbeitgeber\* bezahlt (das o.g. Krankenhaus tätig bei der Anmeldung die Überweisung, dafür erfolgt keine gesonderte Rechnungsstellung seitens des Sprachinstituts!).

**WIE ERFOLGT I.D.R. EINE VERBINDLICHE ANMELDUNG FÜR ÄRZTE AUS DEM KLINIKBEREICH?**

>> Das Formular ausfüllen und durch Unterschrift / Stempel des Kostenträgers bestätigen\* (bitte genaue Termine eintragen!)

Eine Kopie des unterschriebenen Anmeldeformulars bitte an der unten aufgeführten Mailadresse senden.

\*Anmeldung bestätigt durch (Krankenhaus / Unterschrift Kostenträger): \_\_\_\_\_

**KURSGEBÜHR** (Gesamtbetrag) für den angemeldeten Teilnehmer (Termine s. oben) \_\_\_\_\_ Euro **Datum:** \_\_\_\_\_

**Fälligkeit:**

5 Tage nach verbindlicher Anmeldung.

**Garantierte Reservierung:**

Nach der verbindlichen Anmeldung erhält die Klinik per Mail eine Kursplatzbestätigung.

**Rücktritt, Fehlzeiten:**

Bei Nichterscheinen nach einer verbindlichen Anmeldung oder bei Fehlzeiten ist eine Rückerstattung der Kursgebühr nicht möglich.

**Bankverbindung:**

**POSTBANK BERLIN**

**IBAN: DE 41 1001 0010 0524 4921 03 BIC: PBNKDEFFXXX**

**Verwendungszweck: Intensivkurs DaF für Mediziner** (bitte unbedingt angeben)

Bitte das ausgefüllte und bestätigte Formular zurücksenden an: [mail@romaniacontinua.de](mailto:mail@romaniacontinua.de)

Postanschrift: Zentrum für kreatives Sprachtraining, Schlachthofstrasse 8-10, 99423 Weimar Tel. 03643-45 89 00 Fax 03643-4578 487

Steuer- Nr. 162 11 445 FA Jena