



Anmeldung zur Projektwoche für Frauen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Schule: _____

Ich melde mich verbindlich zur Teilnahme an der Praktikumswoche Medizinische Informatik an der Universität Siegen für folgende Tage an:

10. – 13.10.2016

in Ausnahmefällen für einzelne Tage

10.10.2016

11.10.2016

12.10.2016

13.10.2016

(Unterschrift Schüler)

(Unterschrift Erziehungsberechtigter)

Bitte überweise den Teilnehmerbetrag in Höhe von 15 € innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Rechnung an:

Universität Siegen

IBAN: DE74 4605 0001 0001 4017 77

BIC: WELADED1SIE

Verwendungszweck: 5013043400705000 Vorname Nachname MissMedInf

