

Interessentenbogen



Nachname: _____

Vorname: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Alter: _____

Klinikum Wolfsburg
Sauerbruchstraße 7
38440 Wolfsburg
www.klinikum.wolfsburg.de

Institutskennziffer: 260 310 766
UST-Identnummer: DE 115 235 874

Träger:
Stadt Wolfsburg
Porschestraße 49
38440 Wolfsburg

Aus welchem Grund bist Du bei uns?: _____
(Veranstaltung, Praktikum, Bufdi etc.)

Für welchen Bereich hier im Klinikum interessierst Du Dich? (Mehrfachnennung möglich):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ärztlicher Bereich | <input type="checkbox"/> Kaufmännischer Bereich |
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Technik |
| <input type="checkbox"/> Operationstechnische Assistenz | <input type="checkbox"/> Informatik |
| <input type="checkbox"/> Anästhesietechnische Assistenz | <input type="checkbox"/> Küche |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Fachangestellte | <input type="checkbox"/> Gebäudereinigung |
| <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische Radiologieassistenz | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Labormedizin | |

Für Schüler:

Aktuelle Schulform:

- Oberschule/Gymnasium
 Realschule
 Hauptschule
 Berufsschule

Aktuelle Jahrgangsstufe:

5. Klasse 6. Klasse
 7. Klasse 8. Klasse
 9. Klasse 10. Klasse
 11. Klasse 12. Klasse
 13. Klasse

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das Klinikum Wolfsburg meine, von mir persönlich zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten, 48 Monate speichert, um mir Informationen aus dem Klinikum (z. B. Veranstaltungen) zuzusenden.

Das Klinikum Wolfsburg wird Deine personenbezogenen Daten Dritten nicht zur Verfügung stellen. Du kannst Deine Daten jederzeit löschen lassen. Dafür wende Dich bitte an folgende Adresse: personalabteilung@klinikum.wolfsburg.de

Datum

Unterschrift

(Bei Schülern unter 15 Jahren Unterschrift Erziehungsberechtigter)