

# Anmeldung



## Train-the-Trainer-Aufbauseminare 2019

**Antwort-Fax** an die von Roche Diagnostics Deutschland GmbH beauftragte Agentur:

CONTEC Marketing Services GmbH & Co. KG  
Heidi Rudzitis / Mira Rausch  
Besselstraße 26 a  
68219 Mannheim

**Fax: 0621/ 46 28 581**

Tel.: 0621/ 46 28 580

**Anschrift Schulungszentrum/Absender:**

**Wir melden uns hiermit verbindlich an für folgendes Seminar:**

---

---

---

---

- 09.02.19 Düsseldorf
- 16.03.19 München
- 11.05.19 Mannheim
- 14.09.19 Köln
- 26.10.19 Berlin

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Fax-Nr. \_\_\_\_\_

**Die Namen der Teilnehmer sind:**

*(Bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben)*

	Arzt	med. Fachpersonal
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Roche Diagnostics Deutschland GmbH übernimmt die Kosten dieser Fortbildungsveranstaltung. Die anfallenden Reisekosten (Fahrt, Parkgebühren etc.) sind von den Teilnehmern zu tragen. Eine Kostenübernahme bei Fortbildungsveranstaltungen steht im Einklang mit bestehenden Anti-Korruptionsgesetzen.

Bitte weiter auf Seite 2!

# Einwilligung/Genehmigung des Unternehmens bzw. des Arbeitgebers



## Train-the-Trainer-Aufbauseminar 2019

Aus rechtlichen Gründen (Transparenz- und Genehmigungsprinzip wie im "Gemeinsamen Standpunkt" der Verbände für den Klinikbereich sowie in den Anti-Korruptionsnormen des StGB niedergelegt) ist es erforderlich, dass Ihr Arbeitgeber bzw. Dienstherr mit unserer Unterstützung und Ihrer Teilnahme an der Veranstaltung einverstanden ist und diese genehmigt. **Ohne vorliegende Einwilligung/Genehmigung ist eine Teilnahme an unserer Veranstaltung nicht möglich.**

Die Gewährung der Unterstützung wird hierbei in keinerlei Zusammenhang mit etwaigen Geschäftsbeziehungen zwischen uns und Ihrer Einrichtung stehen. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Gewährung der Unterstützung nicht in der Erwartung erfolgt, dass diese Unterstützung bei zukünftigen Beschaffungsentscheidungen zugunsten von Produkten unseres Unternehmens Berücksichtigung findet. Wir dürfen Sie daher bitten, dieses Formular auch von Ihrer Verwaltung bzw. von Ihrem Arbeitgeber unterschreiben zu lassen.

## Einwilligung/Genehmigung

für folgende Teilnehmer:

\_\_\_\_\_

Titel Vorname Name

\_\_\_\_\_

Titel Vorname Name

\_\_\_\_\_

Titel Vorname Name

Wir genehmigen hiermit die Teilnahme an der oben genannten Veranstaltung, sowie die Teilnahme an möglichen Arbeitsessen in sozialadäquatem Rahmen mit Mitarbeitern der Firma Roche Diagnostics Deutschland GmbH (RDD) im Rahmen der Veranstaltung sowie die Teil-Kostenübernahme durch die RDD.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Dienstherr / Arbeitgeber)

\_\_\_\_\_  
Datum und Stempel (Dienstherr / Arbeitgeber)

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Funktion (Dienstherr / Arbeitgeber)