

Ich melde mich hiermit für die folgende Veranstaltung an:

Überregionales Netzwerktreffen der Patientensicherheitsbeauftragten der hessischen Krankenhäuser

- Ort: **Evangelische Akademie Frankfurt**
- Datum: **03.07.2025**
- Uhrzeit: **09:00-16:00 Uhr**

Krankenhaus:	
Abteilung:	
Funktion:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Teilnehmer/in:	
E-Mail-Adresse (beruflich):	
Telefon:	

Ich bin benannte/r Patientensicherheitsbeauftragte/r des oben genannten Krankenhauses und nehme an der Veranstaltung am **03.07.2025** teil.

Der Eigenanteil (Catering) in Höhe von **49,00 €** wird von meinem Arbeitgeber übernommen. Das Universitätsklinikum Frankfurt am Main stellt im Vorfeld eine Rechnung über die Summe aus.

Sollte ich an der Veranstaltung doch nicht teilnehmen können, werde ich bis spätestens bis zum **20.06.2025** meine Anmeldung stornieren.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Bitte senden Sie die ausgefüllte unterschriebene Anmeldung an
Universitätsmedizin Frankfurt, Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität
Isabell Porth, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main oder per Mail: Netzwerk-Patientensicherheit@unimedizin-ffm.de