

Universitätsklinikum Würzburg
 Institut für Medizinische Lehre
 und Ausbildungsforschung
 Josef-Schneider-Str. 2/D6

Vielen Dank für Ihre Anmeldung!
 Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular
 können Sie uns per **E-Mail** zukommen lassen.
 E-Mail: Medizindidaktik@ukw.de

ANMELDUNG – Aufbaustufe Medizindidaktik 2027
im Verbund mit Würzburg und Augsburg

Anrede	Vorname	Name
E-Mail (bevorzugte Kontaktadresse)	Telefon (für Rückfragen)	Geburtsdatum (für das Zertifikat)
Universität/Klinik	Geschäftsbereich/Stabsstelle/Klinik/Institut/Zentrum	
Berufsbezeichnung/Funktion	Berufsausbildung/Studium	
Funktion in Forschung & Lehre	Kommentar (optional)	
Ihre Kursauswahl (jeweils 10:00-16:00 Uhr)		
Modul IV [in Würzburg] Klinisches Denken fördern u. Lehrsituationen meistern: Entscheidungsfindung, didaktische Reduktion und Teamentwicklung 04./05.03.2027 <input type="checkbox"/>	Modul V [in Würzburg] Parcoursprüfungen entwickeln und Lehrinhalte gut erklären 22./23.07.2027 <input type="checkbox"/>	Modul VI [in Augsburg] Unterricht am Patienten und Kleingruppendidaktik Hier geht's zur ANMELDUNG in Augsburg 05./06.10.2027 <input type="checkbox"/>
Hiermit versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich für das gewählte Weiterbildungsangebot an und bin mit der Registrierung auf den e-Learningplattformen „OpenWueCampus“ bzw. „Moodle“ einverstanden. Die Teilnahmebedingungen und Datenschutzhinweise auf der Website des Instituts habe ich gelesen und erkenne diese als Grundlage meiner Anmeldung an.		
Ort, Datum	Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers	
Ich unterstütze die didaktische Weiterbildung meiner Mitarbeiterin/meines Mitarbeiters und erteile eine verbindliche Freistellung.		
Ort, Datum	Unterschrift der/des Vorgesetzten	

Kursgebühren (nur auszufüllen für Externe Teilnehmende)			
Externe Teilnehmende* (* Extern = alle außer Würzburg, Augsburg) entrichten für das Weiterbildungsangebot eine Unkostenpauschale in Höhe von 25,00 €/Tag. Die Höhe des Entgeltes richtet sich demnach nach den obigen Angaben. Bitte geben Sie im Fall, dass Ihr Arbeitgeber die Gebühren übernimmt, bitte dessen Adresse, andernfalls ihre Private Rechnungsanschrift an.			
Rechnungsanschrift			
<input type="checkbox"/>	Arbeitgeber übernimmt die Entrichtung der Gebühren	<input type="checkbox"/>	Selbstzahler/in
Rechnungsanschrift Arbeitgeber		Rechnungsanschrift Privat	
<i>Ich erkläre mich bereit, die fällige Gebühr zu begleichen.</i>			
Ort, Datum, Unterschrift Rechnungsempfänger/in		Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmer/in	