|  |  |
| --- | --- |
| **Fortbildungsfonds von Biomed Austria** Antrag auf Förderung einer Fortbildung | |
| Name Antragsteller\*in |  |
| Adresse Antragsteller\*in |  |
| Mitglied in der Fachgesellschaft seit 3 Jahren? |  |
| Fortbildungstitel |  |
| Fortbildungstermin | *Bitte das genaue Datum eintragen* |
| Fortbildungsdauer | *Bitte die Beginn- und Endzeiten eintragen sowie die Gesamtdauer abzüglich Pausen* |
| Inhalt der Fortbildung |  |
| Veranstalter\*in: |  |
| Adresse des Veranstaltungsorts |  |
| Referent\*innen |  |
| Teilnahmegebühr |  |
| Voraussetzung für den Besuch der Fortbildung | *z. B. bestimmte Berufserfahrung, besondere Qualifikationen, Vorkenntnisse* |
| Nutzen für die Anwendung im Arbeitsbereich der\*des Antragstellerin\*Antragstellers |  |