

**Bewerbung zur Aufnahme in das Studienprogramm  
 Executive MBA in Health Care Management**

Studienbeginn Oktober 

2	0	0	7
---	---	---	---

**PERSÖNLICHE DATEN / PERSONAL DATA**

Nachname		Passbild
Vorname(n)		
Akademischer Titel		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsbürgerschaft		
Berufliche Funktion		

Geschäftsanschrift	Privatanschrift
Firma/Branche	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon/Handy	
Telefax	
E-Mail <i>unbedingt erforderlich!</i>	

**VORBILDUNG**

Schule / Universität (Studienrichtung, Lehrgang u.a.)	Abschluss	Jahre: von-bis

**BERUFLICHER WERDEGANG**

Organisation /Firma	Position/Funktion	Jahre: von-bis

**PERSÖNLICHE MOTIVATION FÜR IHRE TEILNAHME AM MBA PROGRAMM**

Warum bewerben Sie sich für dieses MBA-Programm und welche Erwartungen haben Sie an das Programm?

.....

.....

.....

.....

### INFORMATION

Wie haben Sie von diesem Studienprogramm erfahren?

- Internet
- Inserat                      Zeitung / Zeitschrift: .....
- Messe                         Messe: .....
- Sonstiges                      .....

Bezahlen Sie die Ausbildung privat?

- ja                                       nein

Wird das Studienprogramm vom Arbeitgeber oder von einer anderen Institution bezahlt?

- ja                                       ja, teilweise                       nein

Sind Sie mit der Veröffentlichung Ihres Namens / Ihres Unternehmens auf der Referenzliste des IHCI einverstanden?

- Nur mein Name                       ja                                       nein
- Name und Unternehmen                       ja                                       nein

### DER ANMELDUNG SIND BEIZULEGEN

- Lebenslauf
- Nachweis des akademischen Abschlusses
- Nachweis sonstiger Qualifikationen (z.B. Seminare, Kurse, etc.)
- Nachweis beruflicher Tätigkeit(en) i.F. von Arbeitszeugnis, Arbeitsbestätigung
- Kopie des Reisepasses oder Staatsbürgerschaftsnachweises
- 1 Passbild (am Anmeldeformular)
- 2 unabhängige Empfehlungsschreiben, die insbesondere Auskunft über die bisherige Qualität der Berufspraxis, Art der Erfahrung, Spezialkenntnisse und über besondere Befähigungen in einem das Weiterbildungsstudium berührenden Themenbereich geben.

### RECHNUNGSADRESSE

- Privatanschrift (siehe vorne)
- Geschäftsanschrift (siehe vorne)
- andere Adresse, wie folgt:

.....

.....

.....

### ANMELDUNG

Die Anmeldung ist nur für den gesamten Studiengang möglich (2 Jahre oder 4 Semester) und wird als verbindlich gewertet. Über die Zulassung entscheidet die Studiengangsleitung.

Studiengangsgebühr: € 19.500,00 inkl. Bearbeitungsgebühr plus € 1.700,00 Prüfungsgebühr, exkl. Reisekosten, Unterkunft, Verpflegung. Zahlung ist nach Rechnungslegung fällig.

Alle Konditionen, auch betreffend Stornierung / Absage des Studiengangs, sind den Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Internationalen HealthCare Management Instituts (in der jeweils gültigen Form) zu entnehmen.

Ich melde mich hiermit verbindlich zum MBA Programm an, habe die o.a. AGB erhalten, gelesen, verstanden und akzeptiert (siehe anbei) und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der von mir angeführten Angaben:

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

### Vollständige Anmeldeunterlagen\* bitte per Post senden an:

IHCI - Internationales HealthCare Management Institut  
GF Leiter Prof. Dr. Goldschmidt, c/o Fr. Skalecki  
FB IV, Universität Trier  
Am Wissenschaftspark 29  
D-54296 Trier

*\*Empfehlungsschreiben können nachgereicht werden!*

### RÜCKFRAGEN AN

Petra Skalecki  
Tel: +49 (0) 651 / 201 – 4164, Fax DW 4170  
mailto: skalecki@uni-trier.de