

Inschrijfformulier Verpleegkundige Vervolgopleiding



Belangrijk: vul dit veld in!!

Ik schrijf mij in voor de Verpleegkundige Vervolgopleiding:



Gegevens van de student:

Achternaam: _____ Meisjesnaam: _____ m v

Voornamen (voluit): _____

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

Adres: _____

Postcode : _____ Woonplaats: _____

Telefoon: _____ Mobiel: _____

Email: _____ Fax: _____

Geboortedatum: _____ Geboorteplaats: _____

Geboorteland: _____ Sofinummer: _____

Zal gedurende de opleiding werkzaam zijn te:

Naam van de instelling: _____

Afdeling: _____ Microsectienr: _____

Adres instelling: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Voor VUmc medewerkers, cluster: _____

Verpleegkundige opleidingen

Diploma: A/MBOV/HBOV (haal door wat niet van toepassing is) Diploma nr.: _____

Behaald op: _____ Opleidingsinstituut: _____

BIG-registratienummer: _____

Reeds in bezit van vervolgopleiding: _____

behaald op: _____ Opleidingsinstituut: _____

Afgesproken opleidingsduur bij aanvang: _____ maanden Aantal werkuren per week: _____

Handtekening leidinggevende
van de betalende instantie

Handtekening student

Naam leidinggevende: _____

Datum: _____

Wilt u dit formulier opsturen naar:

Amstel Academie
secretariaat verpleegkundige vervolgopleidingen
Antwoordnummer 7700
1000 SN Amsterdam