|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | an die Vorgesetzte / den Vorgesetzten zur **Genehmigung** |
|  |       |       | **Priorität:**       |
|  | Datum | Unterschrift |
| **2.**  | nach Genehmigungüber den **Dienstweg** |
|  | [ ]  | Personalstelle      (Landratsamt, Regierung, Landesamt, Ministerium) |  |
|  | [ ]  | Regierung       | **Priorität geändert:**       |
| **3.**  | an das Bayer. Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, AGL **per FAX (0 91 31) 68 08 – 43 38** |
| AGL – | **16-11-K-02** | Veranstaltungsdatum: | **08. bis 10.06.2016** |  |
| Seminarort: | **Nördlingen**  | Anmeldeschluss: | **15.04.2016** |  |
| Seminartitel:  | **V. EHEC Workshop 2016** |  |
| Ich nehme teil  | [ ]  | 08. bis 10.06.2016  | [ ]  | 08.06.2016 (Tageskarte)  |  |
|  |  | (gesamter Workshop) | [ ]  | 09.06.2016 (Tageskarte) |  |
|  |  |  | [ ]  | 10.06.2016 (Tageskarte) |  |
|  | [ ]  | Stadtführung bei Fackelschein am 09.06. (Kostenpflichtig! Preis variiert je nach Gruppengröße.) |  |
| Name, Vorname: |       |  |
| **E-Mail:** |       |  |
| Beschäftigungsbehörde |       |  |
| Telefon: |        |  |
|  |
| **Bitte Berufsgruppe\* auswählen:**  |
| [ ]  | Amtsarzt/Arzt im ÖGD | [ ]  | Amtstierarzt/Tierarzt im ÖVetD | [ ]  | Sonstiges:      |
| [ ]  | Lebensmittelchemiker | [ ]  | Biologe |  |
| \* Für eine bessere Lesbarkeit haben wir bei manchen Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen Frauen und Männer gleichermaßen gemeint. |
| **Übernachtungsmöglichkeiten:** Im NH Klösterle ist ein begrenztes Zimmerkontingent reserviert. Die Kosten für die Übernachtung mit Frühstück betragen ca. € 86,00 pro Nacht. Wir bitten, die Reservierung bei Bedarf frühzeitig direkt im NH Klösterle vorzugsweise per E-Mail unter nhkloesterlenoerdlingen@nh-hotels.com Stichwort „EHEC-Workshop“ vorzunehmen. Adressen und Kontaktdaten weiterer Übernachtungsmöglichkeiten finden Sie im Internet unter [www.lgl.bayern.de/ehecws2016](http://www.lgl.bayern.de/ehecws2016).  |
|  |
|  | [ ]  | Ich bin beim Freistaat Bayern im Geschäftsbereich des StMGP bzw. des StMUV beschäftigt. Es fällt daher kein Teilnehmerbeitrag an. |
| [ ]  | Ich verzichte auf die Erstattung meiner Reisekosten aus staatlichen Mitteln.  |
|  |  |  |
|      ,       |  |  |
| Ort, Datum  | Unterschrift |