

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

Studienbeginn Oktober

2	0	1	0
---	---	---	---

PERSÖNLICHE DATEN / PERSONAL DATA

Nachname <i>Last Name</i>		Passbild
Vorname(n) <i>First Name(s)</i>		
Akademischer Titel <i>Academic Degree</i>		
Geburtsdatum <i>Date of birth</i>		
Geburtsort <i>Place of birth</i>		
Staatsbürgerschaft <i>Nationality</i>		
Berufliche Funktion <i>Current job position</i>		

Geschäftsanschrift
Business adress

Privatanschrift
Home adress

Firma/Branche <i>Company</i>	
Straße <i>Street</i>	
PLZ, Ort <i>Area Code, City</i>	
Telefon/Handy <i>Telephone/ Cell Phone</i>	
Telefax <i>Fax</i>	
E-Mail <i>unbedingt erforderlich!</i> <i>e-mail adresse</i> <i>Essential for electronic correspondance!</i>	
Korrespondenz bitte senden an: <i>Correspondance to:</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SCHULISCHE VORBILDUNG/ EDUCATIONAL BACKGROUND

Höchste abgeschlossene Ausbildung <i>Highest level of education attended and successfully finished</i>	Bezeichnung Abschluss <i>Type of diploma</i>	Jahre: von-bis <i>Years: from-to</i>

DERZEITIGER ARBEITGEBER/ PRESENT EMPLOYER

Organisation/ Firma <i>Organisation/ company</i>	Position/ Funktion <i>Position/ Function</i>	Seit (Jahr) <i>Since (year)</i>

BERUFSPRAXIS/ PRACTICAL EXPERIENCE

Berufspraxis in Jahren insgesamt <i>Practical experience in years (total)</i>	Davon in leitender Position (Budget- bzw. Personalverantwortung) <i>Nbr of years in leading positions (responsible for budget and/ or personnel), deducted from total</i>

INFORMATION/ INFORMATION

Wie haben Sie von diesem Studienprogramm erfahren? *How did you achieve your English-Knowledge?*

- Internetrecherche Suchmaschine/ search engine:
- 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

Für die Referenzliste der Universität Trier dürfen verwendet werden/ for the reference list of the University of Trier please use:

- Nur mein Name/ My name only ja nein
- Name und Unternehmen/ Name and Company, Organisation ja nein

DER ANMELDUNG SIND BEIZULEGEN

- 1 Passbild am Anmeldeformular
- Lebenslauf
- Kopie/n des Hochschulabschlusszeugnisse/s (ggf. Nachweis der Hoch bzw. Fachhochschulreife)
- Nachweis einer mindestens fünfjährigen Tätigkeit im Gesundheitswesen (z.B. Arbeitszeugnis)
- Nachweis einer mindestens dreijährigen Tätigkeit in Führungspositionen
- Erklärung, ob und ggf. wie oft Prüfungsleistungen in einem für das Gesundheitswesen spezifischen postgradualen Studiengang an einer Hochschule in Deutschland oder in einem anderen Land der europäischen Union nicht bestanden wurden oder ob sich die Bewerberin/ der Bewerber in einem solchen Studiengang in einem Prüfungsverfahren befindet
- Bei Bewerberinnen und Bewerbern, deren Muttersprache nicht Englisch ist, der Nachweis über einen mit mindestens 550 Punkten bestandenen papierbasierten TOEFL-Test, einen mit einer entsprechenden Punktzahl bestandenen internetbasierten TOEFL-Test (80 Punkte entsprechen einer äquivalenten Leistung) oder einen gleichwertigen Nachweis
- 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 (4 Semester). Sie ist verbindlich. Über die Zulassung entscheidet die Auswahlkommission.

Kursgebühr: € 23.725,00 (inklusive Prüfungsgebühr), exkl. Reisekosten, Unterkunft, Verpflegung. Die Zahlung ist nach Rechnungslegung fällig. Auf Wunsch erfolgt die Rechnungslegung semesterweise zu je € 5.931,25 (Umsatzsteuerbefreiung gemäß § 4 Nr. 22a UStG).

Alle Konditionen, auch betreffend Stornierung / Absage des Studiengangs, sind den Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Internationalen Health Care 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 Health Care Management Institut
GF Leiter Prof. Dr. Goldschmidt, c/o Frau Huggenberger
FB IV, Universität Trier
Gebäude H/Campus II
D-54296 Trier

** Empfehlungsschreiben können nachgereicht werden!*

RÜCKFRAGEN AN

Maria Huggenberger
Tel: +49 (0) 651 / 201 – 4164, Fax DW 4170
mailto:huggenbe@uni-trier.de