



**Anmeldung summer school**  
**CAS Healthcare Leader Excellence MiG**  
**30. Juni - 12. Juli 2025**

**Persönliche Daten**

Anrede

Titel

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

**Geschäftsadresse**

Arbeitgeber

Strasse / PLZ / Ort

Land

Telefon Geschäft

E-Mail Geschäft



### Privatadresse

Strasse / PLZ / Ort

  
  

Land

Telefon Privat

E-Mail Privat

### Postzustellung zum Weiterbildungsstudiengang

Privatadresse

Strasse / PLZ / Ort

  
  

Geschäftsadresse

Land

### Rechnungsadresse zum Weiterbildungsstudiengang

Firma

Vorname

Nachname

Strasse / PLZ / Ort

  
  

Land



## Anmeldung:

**Ich melde mich definitiv für die summer school CAS Healthcare Leader Excellence MiG vom 30. Juni bis 12. Juli 2025 definitiv an:**

**Name:**

**Ort/Datum**

**Beruf / -Position**

Beruf

Berufliche Position

Beschäftigungsgrad insgesamt

Haupt- und Nebentätigkeit

  

### **Führungsfunktion (Haupttätigkeit)**

a) Welches ist Ihre gegenwärtige Funktion?

b) Seit wann üben Sie diese Funktion aus? Jahr

c) Über welche formalen oder effektiven Entscheidungskompetenzen verfügen Sie?  
(Stichworte)

  

d) Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Ihnen direkt nachgeordnet?

e) Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Ihnen ungefähr nachgeordnet?

f) Total Anzahl Beschäftigte in Ihrer Institution bzw. Ihrem Unternehmen

**Sprachkenntnisse**



Muttersprache

Aktive Kenntnisse von

Passive Kenntnisse von

### **Beilagen:**

**Bitte reichen Sie neben dieser ausgefüllten Anmeldung einen aktuellen CV ein.**

**Bitte senden Sie die Anmeldung per Mail oder Post an:**

### **Postadresse:**

**Zentrum für Gesundheitsrecht und Management im  
Gesundheitswesen  
Universität Bern  
Hochschulstrasse 6  
CH-3012 Bern**

**E-Mail Adresse: [info.mig.rw@unibe.ch](mailto:info.mig.rw@unibe.ch)**