



## Anmeldung CAS Lean Healthcare Management MiG, Durchgang 2026/2027

### Persönliche Daten

Anrede

Titel

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

### Geschäftsadresse

Arbeitgeber

Strasse / PLZ / Ort

Land

Telefon Geschäft

E-Mail Geschäft



ZENTRUM FÜR GESUNDHEITSRECHT UND  
MANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN

### Privatadresse

Strasse / PLZ / Ort

  
  

Land

Telefon Privat

E-Mail Privat

### Postzustellung zum Weiterbildungsstudiengang

Privatadresse

☐

Geschäftsadresse

☐

Strasse / PLZ / Ort

  
  

Land

### Rechnungsadresse zum Weiterbildungsstudiengang

Firma

Vorname

Nachname

Strasse / PLZ / Ort

  
  

Land

### Anmeldung:

**Ich melde mich definitiv für den Weiterbildungsstudiengang CAS Lean  
Healthcare Management MiG, Durchgang 2026/2027 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 sind Ihnen direkt nachgeordnet?

e) Wie viele MitarbeiterInnen 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)**