

Anmeldung zum Palliative-Care-Vertiefungsmodul

Vorname: _____

Name: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Dienstanschrift Anstellungsträger

Ansprechpartner – Vorname und Name

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Rechnung (bitte ankreuzen)

Privat Dienst

Rechnungsanschrift falls diese von der Dienstanschrift abweicht

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Palliative-Care-Basiskurs 160h (Pflege) Jahr: _____ teilgenommen

Hinweis: bei Rücktritt vom Kurs bis 3 Wochen vorher werden wir 50% und danach 100% der Seminargebühren berechnen. Diese Regelung tritt nicht in Kraft, wenn ein/e Ersatzteilnehmer/in benannt wird.

Datum

Unterschrift