



**Verbindliche Anmeldung für die**

<input type="checkbox"/>	Palliative Care Weiterbildung Pflege	Beginn	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Palliative Care Weiterbildung psychosozial	Beginn	<input type="text"/>

**Teilnehmer/in**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ Funktion \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon priv. \_\_\_\_\_ Email priv. \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber bzw. Rechnungsanschrift** (falls abweichend)

Institution \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Ansprechperson \_\_\_\_\_ Funktion \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Rechnung an  Teilnehmer/in  Arbeitgeber/in

**Die Seminargebühr bitte erst nach Rechnungsstellung überweisen. Bei Absagen nach dem Anmeldeschluss bis zwei Wochen vor Lehrgangsbeginn werden 50%, danach 100% der Seminargebühr berechnet, wenn kein/e Ersatzteilnehmer/in gestellt werden kann.**

**Anlage** (bitte der Anmeldung hinzufügen):

Ausbildungsurkunde (Kopie)   
Tabellarischer Lebenslauf