



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