



***Verbindliche Anmeldung für die***

Palliative Care Weiterbildung Pflege

Beginn:

***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 in Höhe von 1.910,00 Euro 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