

## Anmeldung zum Palliative Care Kurs 2017

Hiermit melde ich mich verbindlich für den Palliative Care Kurs 2017 an.

### Teilnehmer:

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Abteilung/Funktion

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

\_\_\_\_\_  
USt.-IdNr.

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### Rechungsanschrift:

- wie Teilnehmeranschrift
- Ratenzahlung (pro Kursmodul) gewünscht

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
USt.-IdNr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

### Folgende Unterlagen sind beigelegt:

- Kranken-/Altenpflegeexamen (Kopie)
- Nachweis über 2-jährige Berufspraxis
- tabellarischer Lebenslauf
- Passbild

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Es werden nur Anmeldungen mit den vollständigen, geforderten Unterlagen in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt. Weitere Anmeldungen werden auf einer Warteliste geführt. Sie erhalten eine schriftliche Anmeldebestätigung.