



# Anmeldung

## Weiterbildung zur Fachpflegeperson für Intermediate Care (IMC)

**Datum: 21.01.2025 – 16.12.2025**

Nachname\*: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname\*: \_\_\_\_\_

Straße\*: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort\*: \_\_\_\_\_  
(bitte nur Privatanschrift)

Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail\*: \_\_\_\_\_

**\*Pflichtangaben / E-Mailadresse bitte gut leserlich schreiben**

**Die Teilnahmegebühr von 1.990,00 €**

zahle ich selbst:  (nach Erhalt der Rechnung)

übernimmt mein Arbeitgeber:  (nach Erhalt der Rechnung)

Datum: \_\_\_\_\_ **Unterschrift Teilnehmer\*in:** \_\_\_\_\_

ggf. geänderte Rechnungsanschrift:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Stempel + Unterschrift Ihrer Pflegedirektion**

Es gelten die AGB des BZNW  
([www.bznw.de](http://www.bznw.de))