

Anmeldung

Palliative Care



10.02.2025 – 21.03.2025

oder

10.11.2025 – 19.12.2025

(zutreffendes Datum bitte ankreuzen)

Nachname*: _____ Geburtsname: _____

Vorname*: _____

Straße*: _____

PLZ, Ort*: _____

(bitte nur Privatanschrift)

Geburtsdatum*: _____ Geburtsort: _____

Telefon: _____

E-Mail*: _____

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

Die Teilnahmegebühr von 1.950,00 €

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)