

Anmeldung

Palliative Care

04.10.2027 – 03.12.2027



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