Fax: 0281-3382444 - Mail: FuWB@bznw.de - Post: BZNW, Pastor-van der Giet-Str. 1, 46483 Wesel

Anmeldung

Weiterbildung

Intermediate Care (IMC)

Datum: 12.01.2027 – 07.12.2027

Nachname*: _____ Geburtsname: _____

Vorname*: _____

Straße*: _____

PLZ, Ort*: _____

(bitte nur Privatanschrift)

Geburtsdatum*: _____ Geburtsort: _____

Telefon: _____

E-Mail*:

_____

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

Die Teilnahmegebühr von 1.990,00 €

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)