



Anmeldeformular für die Weiterbildung „Palliativ Care“

Folgende Mitarbeitende melden wir verbindlich an:

Anrede	Vorname	Name	Beginn ab

und sichern hiermit zu, dass die genannte/n Person/en über mindestens ein Jahr Berufserfahrung als Inhaber*in einer Erlaubnis nach §1 Absatz 1 PflBG (Pflegefachfrau/Pflegefachmann), § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 PflBG (Gesundheits- und Krankenpfleger*in/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in oder Altenpfleger*in) in den letzten fünf Jahren nachweisen kann.

Sollte 7 Tage vor Kursbeginn ein Rücktritt von der Anmeldung erforderlich sein und kein Ersatztermin gefunden werden, übernehmen wir als Träger/Einrichtung 50% der Teilnahmegebühr (*pro nicht-teilnehmende Person*).

Die Rechnung für die Teilnehmergebühren (*lt. Flyer - pro teilnehmende Person*) ist in unserem Hause zu richten an:

Name des Trägers/der Einrichtung: _____

Frau/Herrn: _____
(Vorname/Name)

Abteilung: _____ Telefon: _____
(Bezeichnung)

Adresse: _____
(Straße/PLZ/ Ort)

Name der unmittelbaren Führungskraft: _____
(Vorname/Name)

(Unterschrift der unmittelbaren Führungskraft)

(Stempel des Trägers/der Einrichtung)