

ANMELDEFORMULAR 2018

bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen

Anmeldung an:

Netzwerk Palliativmedizin Essen

Arbeitsgruppe der ATZ gemeinnützige GmbH

Henricistraße 40-42

45136 Essen

Telefon 0201 174 4 99 99

Fax 0201 174 4 99 90

info@netzwerk-palliativmedizin-essen.de



▶▶ Titel/Name/Vorname _____

▶▶ Geburtsdatum _____

▶▶ Rechnungsadresse _____

▶▶ Profession & Einrichtung _____

▶▶ Telefon _____ ▶▶ Fax _____

Zur Aufnahme in den E-Mailverkehr senden Sie bitte eine E-Mail an:

info@netzwerk-palliativmedizin-essen.de

Ich melde mich **verbindlich** für _____
mit der Kurskennung _____ am / beginnend am _____ an.

Ich habe die organisatorischen Hinweise zu Anmeldung und Rücktritt gelesen und erkenne diese an.

Bildungsgutschein Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift

