

Anmeldeformular 2025

Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen



Netzwerk Palliativmedizin Essen

c/o Ambulantes Tumorzentrum Essen gGmbH

Henricistraße 40-42

D-45136 Essen

► Titel / Name / Vorname _____

► Geburtsdatum & _____
Berufsbezeichnung

► Rufnummer _____
(Festnetz oder Mobilfunk)

► E-Mailadresse _____

► Rechnungsadresse _____

FON 0201 174 49991 | FAX 0201 174 49990 | info@netzwerk-palliativmedizin-essen.de

Anmeldeformular 2025

Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen

- ▶ Ich melde mich **verbindlich** an für _____
mit der Kurskennung _____ (beginnend) am _____.
- ▶ Die AGB und DSGVO im npe Jahresprogramm und/oder auf der Website
www.netzwerk-palliativmedizin-essen.de habe ich gelesen und erkenne diese an. ☐ **Ja**

Ort, Datum

Unterschrift

FON 0201 174 49991 | FAX 0201 174 49990 | info@netzwerk-palliativmedizin-essen.de