

28209 Bremen

Fax: 0421/30 32 42 9  
info@maripunktbremen.de

**40-STUNDEN  
GRUNKURSE UND FALLSEMINARE PALLIATIVMEDIZIN  
2021/2022**

Ja, ich melde mich hiermit verbindlich zu folgendem Kurs an:

	Basiskurs	Fallseminar Modul 1	Fallseminar Modul 2	Fallseminar Modul 3
<b>Worpswede</b>	<input type="checkbox"/> 11.-15.05.2022	<input type="checkbox"/> 22.-26.06.2022	<input type="checkbox"/> 07.-11.09.2022	<input type="checkbox"/> 01.-05.12.2021
	<input type="checkbox"/> 14.-18.09.2022	<input type="checkbox"/> 16.-20.11.2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23.-27.03.2022 WL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30.03.-03.04.2022
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23.-27.11.2022
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hamburg</b>	<input type="checkbox"/> 09.-13.11.2022	<input type="checkbox"/> 20.-24.04.2022 WL	<input type="checkbox"/> 08.-12.06.2022	<input type="checkbox"/> 21.-25.09.2022
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Westerstede</b>	<input type="checkbox"/> 16.-20.03.2022	<input type="checkbox"/> 18.-22.05.2022	<input type="checkbox"/> 06.-10.07.2022	<input type="checkbox"/> 05.-09.10.2022
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ONLINE</b>	<input type="checkbox"/> 16.-20.03.2022	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 19.-23.01.2022	<input type="checkbox"/>

WL : Warteliste    A : ausgebucht

Bitte reservieren Sie für den o.g. Zeitraum ein Zimmer

**Anschrift:**

Name:

Klinik/Praxis:

Fachrichtung:

Rechnungsanschrift an:

WL: Warteliste    A: ausgebucht

**dienstlich:**

**privat:**

Straße :

PLZ, Ort :

Tel.- Nr. :

Fax- Nr. :

e-mail :

Erfahrung in der Palliativmedizin (1=sehr viel bis 10= keine):

Hiermit akzeptiere ich die AGB und die Datenschutzrichtlinien von PACE e.V. und Mari Punkt Bremen, veröffentlicht auf [www.pace-ev.de](http://www.pace-ev.de) und [www.maripunktbremen.de](http://www.maripunktbremen.de)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift