

28209 Bremen

Fax: 0421/30 32 42 9

**40-STUNDEN-BASIS- UND AUFBAUKURSE PALLIATIVMEDIZIN
2020/2021**

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

Worpswede bei BREMEN

<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10.-14.03.2021
<input type="checkbox"/> Modul 1	<input type="checkbox"/> 18.-22.11.2020	<input type="checkbox"/> 09.-13.06.2021
<input type="checkbox"/> Modul 2	<input type="checkbox"/> 20.-24.01.2021	<input type="checkbox"/> 06.-10.10.2021
<input type="checkbox"/> Modul 3	<input type="checkbox"/> 21.-25.04.2021	<input type="checkbox"/> 17.-21.11.2021

HAMBURG

<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 03.-07.11.2021
<input type="checkbox"/> Modul 1	<input type="checkbox"/> 24.-28.02.2021	
<input type="checkbox"/> Modul 2	<input type="checkbox"/> 16.-20.06.2021	
<input type="checkbox"/> Modul 3	<input type="checkbox"/> 08.-12.09.2021	

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

Nein, ich kann leider nicht an o.g. Kursen teilnehmen. Bitte informieren Sie mich über weitere Termine.

Anschrift: Name: _____
Klinik/Praxis: _____
Fachrichtung: _____

Post an:

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 und www.maripunktbremer.de.

Datum, Unterschrift