

28209 Bremen

Fax: 0421/30 32 42 9

**40-STUNDEN-BASIS- UND AUFBAUKURSE PALLIATIVMEDIZIN  
2018/2019**

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

**Worpswede bei BREMEN**

- |                          |         |                            |                          |              |
|--------------------------|---------|----------------------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Basis   | <del>19.-23.09.18</del> WL | <input type="checkbox"/> | 18.-22.09.19 |
| <input type="checkbox"/> | Modul 1 | <del>07.-11.11.18</del> WL | <input type="checkbox"/> | 13.-17.11.19 |
| <input type="checkbox"/> | Modul 2 | 16.-20.01.19               |                          |              |
| <input type="checkbox"/> | Modul 3 | 08.-12.05.19               |                          |              |

**CELLE**

- |                          |         |                                 |                          |                 |
|--------------------------|---------|---------------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Basis   |                                 | <input type="checkbox"/> | 20.-24.03.19    |
| <input type="checkbox"/> | Modul 1 |                                 | <input type="checkbox"/> | 12.-16.06.19    |
| <input type="checkbox"/> | Modul 2 |                                 | <input type="checkbox"/> | 21.-25.08.19    |
| <input type="checkbox"/> | Modul 3 | <del>28.11.-02.12.2018</del> WL | <input type="checkbox"/> | 27.11.-01.12.19 |

**HAMBURG**

- |                          |         |                            |
|--------------------------|---------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Basis   | <del>21.-25.11.18</del> WL |
| <input type="checkbox"/> | Modul 1 | 20.-24.02.19               |
| <input type="checkbox"/> | Modul 2 | 26.-30.06.19               |
| <input type="checkbox"/> | Modul 3 | 04.-08.09.19               |

Bitte reservieren Sie für den o.g. Zeitraum ein Zimmer WL=Warteliste

**Anschrift:** Name: \_\_\_\_\_  
Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_  
Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Post an:

<input type="checkbox"/> <b>dienstlich:</b>	<input type="checkbox"/> <b>privat:</b>
Straße: _____	_____
PLZ, Ort: _____	_____
Tel-Nr.: _____	_____
Fax-Nr.: _____	_____
e-mail: _____	_____

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

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

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