

28209 Bremen

Fax: 0421/30 32 42 9

**40-STUNDEN-BASIS- UND AUFBAUKURSE PALLIATIVMEDIZIN
2019/2020**

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

Worpswede bei BREMEN

- | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Basis | 18.-22.09.19 | <input type="checkbox"/> | 23.-27.09.2020 |
| <input type="checkbox"/> Modul 1 | 13.-17.11.19 | <input type="checkbox"/> | 18.-22.11.2020 |
| <input type="checkbox"/> Modul 2 | 22.-26.01.2020 | | |
| <input type="checkbox"/> Modul 3 | 06.-10.05.2020 | | |

CELLE

- | | |
|----------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Basis | |
| <input type="checkbox"/> Modul 1 | 12.-16.06.19 |
| <input type="checkbox"/> Modul 2 | 21.-25.08.19 |
| <input type="checkbox"/> Modul 3 | 27.11.-01.12.19 |

HAMBURG

- | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Basis | 20.-24.11.2019 | <input type="checkbox"/> | 02.-06.12.2020 |
| <input type="checkbox"/> Modul 1 | 19.-23.02.2020 | | |
| <input type="checkbox"/> Modul 2 | 26.-30.06.19 | <input type="checkbox"/> | 27.-31.05.2020 |
| <input type="checkbox"/> Modul 3 | 04.-08.09.19 | <input type="checkbox"/> | 11.-15.11.2020 |

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

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's und die Datenschutzrichtlinien von PACE e.V. und Mari Punkt Bremen, veröffentlicht auf www.pace-ev.de und www.maripunktbremen.de .

Datum, Unterschrift