

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
Worpswede	<input type="checkbox"/>	15.-19.09.2021	<input type="checkbox"/>	10.-14.11.2021	<input type="checkbox"/>	19.-23.01.2022	<input type="checkbox"/>	14.-18.07.2024 WL
	<input type="checkbox"/>	11.-15.05.2022	<input type="checkbox"/>	22.-26.06.2022	<input type="checkbox"/>	07.-11.09.2022	<input type="checkbox"/>	06.-10.10.2021
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	17.-21.11.2024 WL
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	01.-05.12.2021
Hamburg	<input type="checkbox"/>	03.-07.11.2021	<input type="checkbox"/>	20.-24.04.2022	<input type="checkbox"/>	08.-12.06.22	<input type="checkbox"/>	08.-12.09.2024 WL
	<input type="checkbox"/>	09.-13.11.2022	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	21.-25.09.2022
ONLINE	<input type="checkbox"/>	26.-30.05.2024 A	<input type="checkbox"/>	09.-13.06.2021	<input type="checkbox"/>	16.-20.06.2021	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	14.-18.07.2021	<input type="checkbox"/>	22.-26.09.2021	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	06.-10.10.2021	<input type="checkbox"/>	

WL: Warteliste A: ausgebucht

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

Anschrift: Name:

Klinik/Praxis:

Fachrichtung:

Rechnungsanschrift an:

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

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.maripunktbremen.de.

Datum: _____
 Unterschrift