

Palliativmedizinische Akademie Mannheim

Förderverein für Akut- und Palliativmedizin e.V.
Geschäftsstelle
Hauptstr. 95

68259 Mannheim

Anmeldebogen Kursangebote für Ärzte 2023

Ich melde mich für folgenden Kurs/folgende Kurse verbindlich an:

- Basiskurs Mannheim vom 06.03. bis 10.03.2023 in Mannheim
- Fallseminar Modul 1 vom 08.05. bis 12.05.2023 in Mannheim
- Fallseminar Modul 2 vom 25.09. bis 29.09.2023 in Speyer
- Fallseminar Modul 3 vom 13.11. bis 17.11.2023 in Mannheim

Alle Kursmodule werden von der Palliativmedizinischen Akademie Mannheim (PAM) ausgerichtet und sind inhaltlich voll kompatibel. Didaktisch sinnvoll ist es, den Basiskurs am Anfang und das Modul 3 am Ende zu absolvieren. Bei Modul 1 und 2 ist die Reihenfolge freigestellt. Die Kurse finden jeweils von Montag bis Freitag in der Zeit von 9.00 bis 17.15 Uhr statt. Veranstaltungsorte sind das Diakonissenkrankenhaus in Mannheim, das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus in Speyer und andere.

Die Kursgebühr beträgt 810,00 € pro Kursmodul.

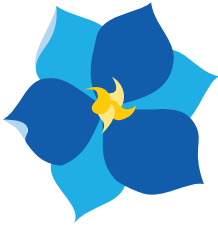
Aufgrund der Pandemielage können kurzfristige Änderungen der Kursplanung notwendig werden. Bereits angemeldete Kursteilnehmende werden von uns per Mail über alle Änderungen informiert. Wird die nötige Mindestzahl der Teilnehmer nicht erreicht, behalten wir uns vor, ein Kursmodul abzusagen. Wir stehen Ihnen selbstverständlich auch gern für Fragen per E-Mail oder Telefon zur Verfügung.

Palliativmedizinische Akademie Mannheim
Telefon: 0621- 1566313 (montags und dienstags von 9:00 – 13:00 h, Frau Traxler)
Telefax: 0621- 1566226
E-Mail: info@palliativakademie-mannheim.de

Bitte den Datenbogen (nächste Seite) nicht vergessen!

Die auf der Homepage der Akademie unter www.palliativakademie-mannheim.de veröffentlichten Teilnahmebedingungen (AGB) sowie die Datenschutzbedingungen habe ich gelesen und akzeptiere diese.

Ort, Datum Unterschrift



Palliativmedizinische Akademie Mannheim

Förderverein für Akut- und Palliativmedizin e.V.
Geschäftsstelle
Hauptstr. 95
68259 Mannheim

Datenbogen Ärzte

Fax: 0621 - 1566226

Vorname		Name	
Anrede	Akademischer Titel	Beruf/Funktion	
Geburtsdatum (für das Zertifikat erforderlich)		Geburtsort (für das Zertifikat erforderlich)	
Telefonisch am besten zu erreichen unter		Fax	
E-Mail (Wird unbedingt für die Kommunikation benötigt!)		Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse den übrigen Teilnehmern des Kurses bekannt gemacht werden darf: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Anschrift <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beruflich Strasse PLZ/Ort		Rechnungsanschrift (sofern abweichend von der nebenstehenden) Strasse PLZ/Ort	
Ich arbeite als <input type="checkbox"/> in einer Klinik <input type="checkbox"/> als niedergelassener Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/>		Auf diesen Kurs wurde ich aufmerksam durch <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung <input type="checkbox"/> Printmedien <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/>	

Hinweis: Diese Daten werden ausschließlich zur Organisation und Durchführung unserer Kurse erhoben, elektronisch gespeichert und verarbeitet.

.....
Datum und Unterschrift

Vielen Dank!