

Palliativmedizinische Akademie Mannheim

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

Anmeldebogen Kursangebote für Pflegende 2023/2024

Ich melde mich für diesen Palliative Care Kurs verbindlich an. Folgende Termine sind geplant:

- * PCK Modul 1 vom 9. bis 13. Oktober 2023 in Mannheim
- * PCK Modul 2 vom 4. bis 8. Dezember 2023 in Mannheim
- * PCK Modul 3 vom 18. bis 22. März 2024 in Speyer
- * PCK Modul 4 vom 10. bis 14. Juni 2024 in Mannheim

*Der Kurs kann nur komplett gebucht werden, um das Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zu erhalten. Zugangsvoraussetzung ist eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits-, Kranken- oder Altenpflege. Fragen Sie gern vorab an. Sollten Sie aufgrund von Fehlzeiten jedoch einzelne Module nachholen wollen, markieren Sie bitte nur die fehlenden Module. Die **Kursgebühr beträgt 1.890 €** für alle vier Module.

Die Kursmodule finden jeweils an fünf Tagen von Montag bis Freitag in der Zeit von 08:30 h bis ca. 16:15 h statt. Bitte beachten Sie: Das Modul 3 wird in Speyer abgehalten.

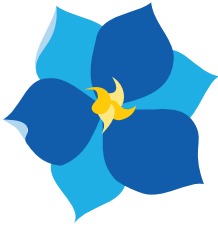
Wird die nötige Mindestzahl der Teilnehmer nicht erreicht, behalten wir uns vor, ein Kursmodul abzusagen. Ausführliche Informationen erhalten Sie nach Ihrer Anmeldung. Wir stehen Ihnen selbstverständlich auch gern für Fragen per E-Mail oder Telefon zur Verfügung.

Palliativmedizinische Akademie Mannheim
Telefon: 0621- 1566313 (Montag und Dienstag von 09:00 – 13:00 h, Frau Ziener)
Telefax: 0621- 1566226
E-Mail: info@palliativakademie-mannheim.de

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung zusammen mit dem Datenbogen (nächste Seite) ein.

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 Pflegende

Fax: 0621 - 1566226

Vorname		Name	
Anrede	Akademischer Titel	Beruf/Funktion	
Geburtsdatum (für das Zertifikat)		Geburtsort (für das Zertifikat)	
Telefonisch am besten zu erreichen unter		Fax	
E-Mail (Wird unbedingt für die Kommunikation benötigt!)		Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mailadresse 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		Rechnungsanschrift (sofern abweichend von der nebenstehenden Anschrift)	
Strasse		Strasse	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Ich arbeite derzeit als <input type="checkbox"/> ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> stationäre Versorgung <input type="checkbox"/> andere		Auf diesen Kurs wurde ich aufmerksam durch <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung <input type="checkbox"/> Printmedien <input type="checkbox"/> Internet	

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

.....

Datum und Unterschrift

Vielen Dank!