

Bitte senden Sie diese Anmeldung an:



Hospiz-Akademie Bergstraße
Am Wambolterhof 4-6
64625 Bensheim

oder per E-Mail an akademie@hospiz-bergstrasse.de



Hiermit melde ich mich verbindlich an für:

Titel, Nummer, Gebühr

Private Anschrift

Vorname Name

Straße Nr.

PLZ Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum
(nur für Palliative Care)

Geburtsort
(nur für Palliative Care)

Berufsbezeichnung
(nur für Palliative Care)

Medizinisches Fach-/Pflegepersonal

ja nein

Abweichende Rechnungsanschrift

ja nein

Organisation

Abteilung

Straße Nr.

PLZ Ort

Telefon

E-Mail

Hiermit erkenne ich die Teilnahmebedingungen des Hospiz-Vereins Bergstraße e.V. an. (siehe www.hospiz-bergstrasse.de/akademie)
Ich bin informiert, dass meine personenbezogenen Daten nur im Rahmen der Seminarverwaltung gespeichert werden.

Ort Datum

Unterschrift