



Kinder-Hospiz Sternenbrücke
Sandmoorweg 62
22559 Hamburg
Tel. 040 – 81 99 12 42
Fax. 040 – 81 99 12 50

Anmeldung

“Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen“

Kurs X (Beginn 14.2.2011)

Name..... Vorname.....

Geburtsdatum..... Geburtsort.....

Privatanschrift.....

..... Email.....

Telefon..... Mobil..... Fax.....

Dienstanschrift.....

Telefon..... Fax.....

Beruf (fügen Sie bitte eine Kopie des Abschlusszeugnisses bei)

Funktion / derzeitige Tätigkeit:.....

Rechnungsempfänger: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Selbstzahler

Arbeitgeber.....

(Falls der Arbeitgeber die Kosten übernimmt, bitte Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers)

Teilen Sie uns bitte Ihre Motivation zu dieser Weiterbildung mit:.....

.....

.....

.....

.....(ggf. weiter auf der Rückseite)

- Ich habe Interesse an den Übernachtungsmöglichkeiten in der Albertinen-Akademie, bitte senden Sie mir Informationen dazu.

Es haben keine eigenen frischen Erfahrungen mit Tod, Trauer oder schwerer Erkrankung in den vergangenen 2 Jahren in meinem näheren Umfeld vorgelegen.

Ich bin bereit, den multiprofessionellen Ansatz dieser Weiterbildung aktiv zu unterstützen.

Datum.....

(Unterschrift des/der Teilnehmenden)

Ihre personenbezogenen Daten werden im Zusammenhang mit der Weiterbildungsteilnahme von uns gespeichert und automatisiert verarbeitet. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, daß meine Daten gespeichert werden, um sie später nur zum Übersenden weiterer Angebote des Kinder-Hospiz Sternenbrücke zu verwenden. Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen. Die Zahlungsbedingungen, Regelungen zum Rücktritt und zur Kündigung wurden von mir zur Kenntnis genommen.

.....
(Unterschrift des / der Teilnehmenden)