

A N M E L D U N G

P A L L I A T I V P R A X I S

Per Post: **A**(ltenhilfe) **Q**(ualifikations) **Z**(entrum),
 Pestalozzistraße 7 a, 66606 St. Wendel
Per FAX: (0 68 51) 9 39 98 -28 od. -29
 eMail: aqz@caritas-saarbruecken.de
Bei Rückfragen: Tel.: (0 68 51) 9 39 98 19

Ich melde mich **verbindlich** für die Fortbildung **Palliativ Praxis** (40 Stunden) an:

Termin 1. Halbjahr oder Termin 2. Halbjahr

05.-09. Februar 2018	22. – 26. 10. 2018
Veranstaltungsort: SeniorenHaus Bischmisheim Lindenweg 3 66132 Bischmisheim	Veranstaltungsort: Caritas SeniorenZentrum Haus am See zur Altenheimstätte 66625 Neunkirchen/Nahe

Name: _____ **Vorname:** _____ (w) (m)
Straße: _____ **PLZ:** _____
Wohnort: _____ **Geb.-Datum:** _____
Geburtsname: _____ **Geb.-Ort:** _____
Tel.: _____ **eMail:** _____
Beruf: _____ **Tätigkeitsbereich:** _____
Arbeitgeber: _____
Haben Sie zurzeit Praxisbezug zur Pflege Sterbender? (ja) (nein)

Die Gebühr in Höhe von 500,- € wird verbindlich gezahlt von:

der Einrichtung
 Datum: _____ Unterschrift: _____
Unterschrift und Stempel der Einrichtung

dem Teilnehmer
 Datum: _____ Unterschrift: _____
Unterschrift Teilnehmer

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt auf 20. Die Mindestteilnehmerzahl beträgt 12.
 Eine Rechnung wird separat nach Anmeldung erfolgen.

Der vereinbarte Gerichtsstand ist St. Wendel

Bei Rücktritt innerhalb 2 Wochen vor Kursbeginn bzw. bei Nichterscheinen ist eine **Verwaltungsgebühr** in Höhe von **€ 155,-** zu zahlen.