# Anmeldung

Ich melde mich verbindlich an für den Kurs

Kurstitel:

Termin:

Name, Vorname:

Anschrift (privat):

E-Mail:

Arbeitgeber, Anschrift:

Rechnungsanschrift:

🞎 mein o.g. Arbeitgeber trägt die Kosten der Fortbildung

🞎 bitte senden Sie die Rechnung an folgende Adresse:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualifikation / Berufsbezeichnung

………………………………………………………… …………………………………………………….

Ort, Datum Unterschrift

Bitte absenden an:

Diakonisches Aus- und Fortbildungszentrum für Pflegeberufe Hofgeismar

Gesundbrunnen 12a in 34369 Hofgeismar

🕾(05671) 88 26 50 🖶 (0 56 71) 88 26 11

dafz@gesundbrunnen.org WEB: dafz.gesundbrunnen.org