

ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich / unsere(n) Mitarbeiter(in) verbindlich zur DGpW
Qualifizierungsmaßnahme

Atmungstherapeut – akademisches Upgrade

Start: _____ an.

Teilnehmer(in): _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
(Bitte Kopie der Examensurkunde beifügen)

Weiterbildung zum Atmungstherapeuten abgeschlossen am: _____
(Bitte Nachweiskopie beifügen)

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Rechnungsanschrift (falls abweichend): _____

Ansprechpartner für evtl. Rückfragen: _____
(Falls abweichend vom Teilnehmer)

Telefon: _____ E-Mail: _____

Die auf der DGpW Homepage (www.dg-pw.de/AGB) veröffentlichten Teilnahmebedingungen
(Stand Dezember 2015) habe ich zur Kenntnis genommen.

.....
Ort / Datum

.....
Firmenstempel / Unterschrift

Bitte senden Sie das Anmeldeformular entweder auf dem Postweg an die:

Deutsche Gesellschaft für
pflegerische Weiterbildung bR
Angerer Str. 2
83346 Bergen

oder per **Fax** an die Nummer:
0 86 62 / 48 58 01