

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

A N M E L D U N G zur Weiterbildung Wachkomatherapeut

Hiermit melde ich mich / unsere(n) Mitarbeiter(in) verbindlich zur Weiterbildung an.

Gesamtkurs **bitte entsprechend ankreuzen**

Teil 1 Grundkurs Teil 2 Praxiskurs Teil 3 Vertiefungskurs

Teilnehmer(in): _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

(Bitte Kopie der Examensurkunde beifügen.)

Mind. 80 Stunden Beatmungsqualifikation können nachgewiesen werden ja nein
(Bitte entsprechenden Nachweis 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) veröffentlichten Allgemeinen Geschäftsbedingungen (Stand Dezember 2015) erkenne ich an.

.....

Ort / Datum

.....

Firmenstempel / Unterschrift