

Anmeldebogen für die Weiterbildung
„Spezielle Schmerzpflege“
(zertifiziert durch die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Weiterbildung „Spezielle Schmerzpflege“ an:

Kurs 2: Modul A: 05.04. – 09.04.2025
Modul B: 24.05. – 28.05.2025
Modul C: 23.06. – 24.06.2025

Kurs 3: Modul A: 27.09. – 01.10.2025
Modul B: 08.11. – 12.11.2025
Modul C: 08.12. – 09.12.2025

Die Kursgebühr beträgt 1.690,00€ (1590,00€ reduzierter Preis für Mitglieder der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.)

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:

Straße und Hausnummer:.....

Wohnort:.....

PLZ:.....

Telefon-Nr.:.....

email:.....

Berufsbezeichnung:.....(bitte Kopie/Nachweis mitschicken)

Arbeitgeber:.....

Adresse Arbeitgeber:.....

Station / Abteilung:.....

Rechnung an: Privat Arbeitgeber

Mitglied der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. nein ja (bitte Kopie/Nachweis mitschicken)

.....

Ort

.....

Datum

.....

Unterschrift