



Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich für die **Fortbildung zur gesetzlich geforderten Qualifikation von Koordinatorinnen und Koordinatoren in Hospiz- und Palliativdiensten gemäß §39a SGB V** an.

Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum / Geburtsort: (für das Zertifikat erforderlich): _____

Straße: _____ PLZ / Wohnort: _____

Telefon (privat): _____ E-Mail: _____

Telefon / Adresse (dienstlich): _____

Rechnung privat Rechnung Arbeitgeber

Ich bin auf diese Fortbildung aufmerksam geworden durch: _____

Einverständniserklärung:

Hiermit bin ich einverstanden, dass meine persönlichen Daten zum Zwecke der Vernetzung gespeichert werden dürfen. Die Palliativakademie Rheinland versichert, dass Ihre Daten nicht an Dritte weitergereicht werden.

Ich möchte auch künftig über Fort- und Weiterbildungsangebote der Palliativakademie Rheinland informiert werden.

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift