



ANMELDUNG

Weiterbildung Akutgeriatrie und Remobilisation

Familienname:Vorname:.....

Geburtsdatum:Geburtsort:

Sozialversicherungsnummer:

Wohnadresse:

Telefon:.....E-Mail:.....

Diplomierungsjahr:

ÖGKV-Mitglied: ja nein

Adresse der derzeitigen Dienststelle:

Klinik/Pflegeheim/HKP :.....

Adresse:.....

Abteilung, Station:

Telefon:.....E-Mail:.....

Derzeitige Funktion:.....

Der Anmeldung beilegen: **2 Passfotos**
Kopie des Diploms

Rechnungsadresse: privat Dienststelle

.....
Unterschrift des/der Kursteilnehmers/in

.....
Unterschrift der Pflegedienstleitung

Datum:.....