

## Anmeldeformular, zweiseitig

Vorname, Name
Geburtsdatum, Geburtsort
Straße/Hausnummer
PLZ/Ort
Tel./Fax
E-Mail privat
Beruf
Institution
Abteilung
Straße/Hausnummer (dienstlich)
PLZ/Ort (dienstlich)
Tel. dienstlich/Fax dienstlich
E-Mail dienstlich
<b>Bitte kennzeichnen bzw. ergänzen Sie die Rechnungsadresse!</b>

Ich habe bereits Kurse in Palliativmedizin besucht:

ja

nein

Wenn ja, welche?

---

Fügen Sie bitte die Bescheinigungen dieser absolvierten Kurse der Anmeldungen bei.

Bitte senden Sie Ihre frankierte Anmeldung an folgende Adresse:

**Akademie für Palliativmedizin**  
**Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg**  
**Von-Hompesch-Str. 1**  
**53123 Bonn**  
Fax: 0228/64819209

**Anmeldung zu:**

Kurs Nr.	Titel	Unterkunft		Anreise Vortag
		ja	nein	

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Kursverwaltung gespeichert und nach den Vorschriften des Datenschutzes bearbeitet werden. Fotos, die in Absprache während der Veranstaltungen entstehen, dürfen in Veröffentlichungen der Akademie verwendet werden. Im Falle einer Zusage verpflichte ich mich zur Zahlung der Kursgebühr. Die organisatorischen Hinweise und Teilnahmebedingungen habe ich gelesen und erkenne sie an. Eine schriftliche Anmeldebestätigung wird nicht erteilt.

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift: Name, Vorname