



**Anmeldebogen für die Fortbildung
*Schmerzassistenz***

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgenden Kurs an:

☐ Schmerzassistenz Kurs 18 (3 Tage): 02.11. – 04.11.2027

Die Kursgebühr beträgt 330,00€

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:

Straße und Hausnummer:.....

Wohnort:.....

PLZ:.....

Telefon-Nr.:.....

email:.....

Berufsbezeichnung:.....

Arbeitgeber:.....

Adresse Arbeitgeber:.....

Station / Abteilung:.....

Rechnung an ☐ Privat ☐ Arbeitgeber

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift

**Anmeldebogen ausfüllen, unterschreiben und zurücksenden.
per E-Mail an stefan.schmager@klinikum-bayreuth.de**