

Anmeldebogen für die Fortbildung *Brückenkurs zum Weiterbildungstitel „Spezielle Schmerzpflege“* (zertifiziert durch die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Brückenkurs an:

☐ Kurs 6: Mo. 04.10. – Mi. 06.10.2027

Die Kursgebühr beträgt 790,00€ (720,00€ 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)

Bisherige Weiterbildung mit Zertifizierung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.:

.....(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

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