

Anmeldebogen für die Weiterbildung „Spezielle Schmerzpflege“ (zertifiziert durch die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Weiterbildung „Spezielle Schmerzpflege“ an:

O Kurs 6: Modul A: 10.04. – 14.04.2027
Modul B: 05.06. – 09.06.2027
Modul C: 05.07. – 06.07.2027

Die Kursgebühr beträgt 1.690,00€ (1590,00€ 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)

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.schmarnagel@klinikum-bayreuth.de**