

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 4: Modul A: 18.04. – 22.04.2026
Modul B: 16.05. – 20.05.2026
Modul C: 08.06. – 09.06.2026

O Kurs 5: Modul A: 26.09. – 30.09.2026
Modul B: 24.10. – 28.10.2026
Modul C: 16.11. – 17.11.2026

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