

Anmeldung
„Fachweiterbildung Geriatrie“
Zeitraum: 06.07.2015 - 06.11.2015

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Datum/Unterschrift des Teilnehmers:

Arbeitgeber: _____

Institution: _____

Leitung: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Unterschrift / Stempel der Institution

Rücktritt von der Weiterbildung

Eine Stornierung muss schriftlich erfolgen!
Bei Rücktritt innerhalb von 6 Wochen vor Kursbeginn, sind **30%** der Teilnahmegebühr zu entrichten. Bei späterer Stornierung, ist die **volle** Teilnahmegebühr zu entrichten!

Anmeldung
„Fachweiterbildung Geriatrie“
Zeitraum: 06.07.2015 - 06.11.2015

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Datum/Unterschrift des Teilnehmers:

Arbeitgeber: _____

Institution: _____

Leitung: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Unterschrift / Stempel der Institution

Rücktritt von der Weiterbildung

Eine Stornierung muss schriftlich erfolgen!
Bei Rücktritt innerhalb von 6 Wochen vor Kursbeginn, sind **30%** der Teilnahmegebühr zu entrichten. Bei späterer Stornierung, ist die **volle** Teilnahmegebühr zu entrichten!

Anmeldung
„Fachweiterbildung Geriatrie“
Zeitraum: 06.07.2015 - 06.11.2015

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Datum/Unterschrift des Teilnehmers:

Arbeitgeber: _____

Institution: _____

Leitung: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Unterschrift / Stempel der Institution

Rücktritt von der Weiterbildung

Eine Stornierung muss schriftlich erfolgen!
Bei Rücktritt innerhalb von 6 Wochen vor Kursbeginn, sind **30%** der Teilnahmegebühr zu entrichten. Bei späterer Stornierung, ist die **volle** Teilnahmegebühr zu entrichten!