

Hiermit melde ich mich/meine Mitarbeiter/in
verbindlich zum Lehrgang

Zertifikatskurs Fachkraft Palliative Care Berufsbegleitende Weiterbildung in Brake

beim Kath. Bildungswerk Cloppenburg e. V. an.

Teilnehmerdaten (Bitte vollständig in Blockschrift)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Handy

Straße

PLZ, Ort

Kurs-Nr. 3060/2022-1

Lehrgangsbeginn/-dauer	1. Block	15.11.2022 – 17.11.2022 (Di-Do)
	2. Block	10.01.2023 – 12.01.2023 (Di-Do)
	3. Block	07.02.2023 – 09.02.2023 (Di-Do)
	4. Block	07.03.2023 – 09.03.2023 (Di-Do)
	5. Block	18.04.2023 – 20.04.2023 (Di-Do)
	6. Block	09.05.2023 – 10.05.2023 (Di-Mi)
	<u>Abschluss:</u>	31.05.2023

Kurszeiten jeweils von 09:00 Uhr – 16:45 Uhr

Gebühr 1625,00 Euro (ohne Verpflegung)

Lehrgangsort St. Bernhard Hospital, Claußenstr. 3, 26919 Brake

Der Betrag kann von folgendem Konto in **6 Raten** (zwei Wochen vor jedem Kursmodul)
abgebucht werden.

BIC, IBAN

Bank, Kontoinhaber/in

Ich/wir möchte/n kein Abbuchungsverfahren.
In diesem Fall ist die komplette Kursgebühr vor Kursbeginn zu überweisen!

Die Quittung soll an folgende Anschrift geschickt werden
(Bitte vollständig in Blockschrift)

Quittungsempfänger/in

Straße

PLZ, Ort

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (nachzulesen im Programmheft
des Bildungswerkes sowie auf unserer Internetseite www.bildungswerk-clp.de) an. Ein Rücktritt kann nur
schriftlich **bis 4 Wochen** vor Lehrgangsbeginn erfolgen. Eine Kündigung während der laufenden Weiter-
bildung ist nicht möglich. **Der Kurs findet wie geplant statt. Falls dieses nicht der Fall ist, werden wir
Sie umgehend informieren.**

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift
Firmenstempel (falls vorhanden)