

Geriatrische Akademie Brandenburg e.V.
c/o Ev. Krankenhaus Woltersdorf
Schleusenstraße 50
15569 Woltersdorf

Anmeldung zur Veranstaltung:

(Bitte ankreuzen)

- Seminar-Module im Rahmen der Fachweiterbildung Pflege
- Seminar-Module im Rahmen der Fachweiterbildung Therapeuten
- Einzel-Seminar
- Ärzte-Seminar

Seminar: _____

Datum: _____

Seminar: _____

Datum: _____

Seminar: _____

Datum: _____

Angaben über den Anmelder:

Name des Anmelders: _____

Institution: (Privat oder Gesundheitseinrichtungsname) _____

Anschrift: _____

Tel./Fax: _____

E-Mail: (Ansprechpartner) _____

Angaben Rechnungsanschrift:

Name des Rechnungsträgers: _____

Anschrift: _____

Tel./Fax: _____

E-Mail: (Ansprechpartner) _____

Mitgliedschaft in der GAB e. V. (wichtig für Kursgebühren): ja nein

Angaben über den Seminarteilnehmer:

Name des Teilnehmers: _____

Anschrift: _____

Tel./Fax: _____

E-Mail: _____

Beruf: (Bitte keine Abkürzungen) _____

Berufsgruppe: (Bitte ankreuzen) Therapeuten Pflege Ärzte

Datum der Anmeldung: _____

Bitte beachten Sie: Auf Ihre Anmeldung erhalten Sie eine Registrierungs E-Mail.
Registrierungen und Rechnungen ergehen per E-Mail.