

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.