

Anmeldung zur Weiterbildung „Spezielle Schmerzpflege“ – Nr. 604

Wir bitten Sie dieses Formular direkt mit Ihrem PC auszufüllen, zu unterschreiben und per Fax, mit der Post oder als Scan per E-Mail an uns zu senden. Vielen Dank!

Termine in Online-Präsenz über Zoom: **08.06. – 12.06.2026, 06.07. – 10.07.2026** von 08:30 Uhr – 15:45 Uhr
und **24.07.2026** von 08:30 Uhr – 15:45 Uhr (Abschlusskolloquium)

Seminargebühr: 1700 € für Nichtmitglieder der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Berlin
1595 € für Mitglieder der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Berlin

Teilnehmer/-in:

Nachname, Vorname(n): _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Geburtsdatum /-ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Berufsbezeichnung: _____

Bitte fügen Sie Ihrer Anmeldung folgende Nachweise bei:

- Berufsurkunde
- ggf. Nachweis über die Mitgliedschaft bei der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Berlin

Rechnungsanschrift: (Bitte geben Sie die komplette Anschrift für eine korrekte Rechnungsstellung sowie die E-Mail-Adresse zum Versand der Rechnung an.)

Rechnung an: Arbeitgeber Teilnehmer/-in

Mitglied der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., Berlin: ja nein

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zur Verarbeitung der Daten Ihrer Mitarbeiter und Ihres Unternehmens bzw. Ihr Einverständnis zur Verarbeitung Ihrer eigenen Daten.

Des Weiteren erkennen Sie mit Ihrer Unterschrift unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen an. Diese haben wir auf unserer Homepage unter www.wk-fortbildungen.de/agb veröffentlicht.

Datum: _____

Stempel,

Unterschrift:

Arbeitgeber:in bzw. des Teilnehmer:in