

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

Zertifikatskurs Fachkraft Palliative Care Berufsbegleitende Fortbildung in Cloppenburg

beim Kath. Bildungswerk Cloppenburg e.V. an.

Teilnehmerdaten **(Bitte vollständig in Blockschrift)**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Emailadresse

Telefon

Handy

Straße

PLZ, Ort

Kurs-Nr.

3027/2024

Lehrgangsbeginn/-dauer

1. Block 23.09.2024 – 27.09.2024 (Mo-Fr)

2. Block 21.10.2024 – 25.10.2024 (Mo-Fr)

3. Block 18.11.2024 – 22.11.2024 (Mo-Fr)

4. Block 13.01.2025 – 16.01.2025 (Mo-Do)

Abschluss: 12.02.2025

Kurszeiten

Mo. – Do. 09:00 – 16:45 Uhr und Fr. 9:00 – 12:15 Uhr

Gebühr

1.650,00 Euro, ohne Verpflegung

Lehrgangsort

Haus Maria Einkehr Cloppenburg/Bethen,
An der Wallfahrtskirche 5, 49661 Cloppenburg

Der Betrag kann von folgendem Konto in **4 Raten** (01.09./01.10./01.11/01.12.2024)
 abgebucht werden.

BIC, IBAN

Bank, Kontoinhaber/in

Ich/wir möchte/n kein Abbuchungsverfahren.

In diesem Fall ist die komplette Kursgebühr vor Kursbeginn zu überweisen!

Bitte geben Sie bei der Überweisung die Kurs-Nr. 3027/2024 an.

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)

Kath. Bildungswerk Cloppenburg-Garrel e.V.,
Graf-Stauffenberg-Str. 1-5, 49661 Cloppenburg

Tel.: 04471 9108-0, Fax: 04471 9108-50, E-Mail: verwaltung@bildungswerk-clp.de

Bankverbindung: LZO, IBAN: DE54 2805 0100 0080 4278 91, BIC: SLZODE22XXX



ANMELDEFORMULAR