

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

## Basisseminar Palliative Care 40 UE

beim Kath. Bildungswerk Cloppenburg e.V. an.

**Teilnehmerdaten (Bitte vollständig in Blockschrift)**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Emailadresse

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Handy

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Bitte vervollständigen Sie folgende Daten für die Anmeldung:**

Kurs-Name: \_\_\_\_\_

Kurs-Nr.: \_\_\_\_\_

Lehrgangsbeginn/-dauer: \_\_\_\_\_

Gebühr: \_\_\_\_\_

Lehrgangsort: \_\_\_\_\_

Der Betrag kann von folgendem Konto abgebucht werden (keine Ratenzahlung möglich).

\_\_\_\_\_  
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. (s. oben) 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](http://www.bildungswerk-clp.de)) an. Ein Rücktritt kann nur schriftlich bis 4 Wochen vor Lehrgangsbeginn erfolgen. Eine Kündigung während der laufenden Weiterbildung ist nicht möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift  
Firmenstempel (falls vorhanden)

Kath. Bildungswerk Cloppenburg e.V., Graf-Stauffenberg-Str. 1-5, 49661 Cloppenburg  
Tel.: 04471 9108-0, Fax: 04471 9108-50, Mail: [verwaltung@bildungswerk-clp.de](mailto:verwaltung@bildungswerk-clp.de)  
Bankverbindung: LZO, IBAN: DE54 2805 0100 0080 4278 91, BIC: SLZODE22XXX