

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

Zertifikatskurs Fachkraft Palliative Care Berufsbegleitende Fortbildung in Brake

beim Kath. Bildungswerk Cloppenburg e. V. an.

Teilnehmerdaten (Bitte vollständig in Blockschrift)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Emailadresse

Telefon

Handy

Straße

PLZ, Ort

Kurs-Nr.

3023 / 2025

Lehrgangsbeginn/-dauer

1. Block 23.06.2025 – 27.06.2025

2. Block 01.09.2025 – 05.09.2025

3. Block 06.10.2025 – 10.10.2025

4. Block 10.11.2025 – 13.11.2025

Abschluss: 03.12.2025

Kurszeiten

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

Gebühr

1.650,00 Euro, ohne Verpflegung

Lehrgangsort

St. Bernhard Hospital, Claußenstr. 3, 26919 Brake

Der Betrag kann von folgendem Konto in **4 Raten**

(01.06.2025 / 01.07.2025 / 01.08.2025 / 01.09.2025) 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. 3023 /2025** 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 Weiterbildung 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