



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

Zertifikatskurs Fachkraft Palliative Care Berufsbegleitende Fortbildung in Brake

beim Kath. Bildungswerk Cloppenburg-Garrel 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	01.09.2025 – 05.09.2025
2. Block	06.10.2025 – 10.10.2025
3. Block	10.11.2025 – 14.11.2025
4. Block	12.01.2026 – 15.01.2026
Abschluss:	11.02.2026

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**

(01.09.2025 / 01.10.2025 / 01.11.2025 / 01.12.2025) 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)

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