

# DMSG

DEUTSCHE MULTIPLE SKLEROSE GESELLSCHAFT

BUNDESVERBAND E.V., KÜSTERSTRASSE 8, 30519 HANNOVER

TEL: 0511 96834-0 • FAX: 0511 96834-50 • E-MAIL: DMSG@DMSG.DE

## Anmeldebogen zur Weiterbildung „Pflege bei MS“ zur Verlängerung des Zertifikates

Bitte vollständig ausgefüllt und mit den erforderlichen Anlagen zurücksenden an (Tel.: 0511 / 96 83 4-17; Fax: ...-50) :

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft  
Bundesverband e.V.

### Anmeldung Weiterbildung

#### „Pflege bei MS“

Küsterstraße 8  
30519 Hannover

#### Bitte beachten Sie:

- Die Weiterbildung „Pflege bei MS“ richtet sich ausschließlich an zertifizierte Teilnehmer der Fachfortbildung „Pflege bei MS“ der DMSG Bundesverband e.V.
- **Bei Anmeldung bitte relevante Fotokopie des Zertifikates mitschicken!**
- Überweisen Sie die Seminargebühr bitte erst nach Erhalt der Anmeldebestätigung.
- Die Fortbildungsveranstaltungen sind auf 20 Teilnehmer beschränkt; die Durchführung erfolgt vorbehaltlich einer ausreichenden Teilnehmerzahl. .
- Bei Rücktritt bis 4 Wochen vor Beginn der ersten Veranstaltung fallen 25,- Euro Verwaltungskosten an. Bei späterem Rücktritt behalten wir uns vor, 80% der Gebühr einzubehalten, wenn der Platz nicht anderweitig vergeben werden kann.
- Die Weiterbildung ist **obligatorisch** für die Berechtigung, das Zertifikat „Pflege bei MS“ der DMSG weitere zwei Jahre nach Ausstellungsdatum zu führen.
- Der **Preis** für die Weiterbildungsmaßnahme beträgt 150,- Euro pro Person. In der Teilnehmergebühren sind enthalten:
  - die Kursgebühr
  - aktuelle Ergänzungen zum Basisskriptum „Pflege bei MS“;
  - ein aktuelles Zertifikat „Pflege bei MS“;
  - Tagungsgetränke und Mittagessen.

<b>Absender</b>				
<b>Name:</b>				
<b>Vorname:</b>				
<b>Pflegedienst:</b>				
<b>Funktion/Tätigkeit des Teilnehmers bei Pflegedienst:</b>				
<b>Straße / Nr:</b>				
<b>PLZ / Ort:</b>				
<b>Telefon:</b> (tagsüber)				
<b>Telefax:</b>				
<b>Geburtsjahr:</b>				
<b>Fachfortbildung „Pflege bei MS“ beendet am:</b>				
Ich melde mich für die Weiterbildung in folgender Klinik an: <table><tr><td><b>Am:</b></td><td><b>In der:</b></td></tr><tr><td><input type="text"/> 04.09.2010</td><td>Reha-Klinik Ahrenshoop Dorfstr. 55 18347 Ahrenshoop</td></tr></table>	<b>Am:</b>	<b>In der:</b>	<input type="text"/> 04.09.2010	Reha-Klinik Ahrenshoop Dorfstr. 55 18347 Ahrenshoop
<b>Am:</b>	<b>In der:</b>			
<input type="text"/> 04.09.2010	Reha-Klinik Ahrenshoop Dorfstr. 55 18347 Ahrenshoop			
<b>Datum und rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel</b>				