

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 „Pfleger 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

„Pfleger bei MS“

Küsterstraße 8
30519 Hannover

Bitte beachten Sie:

- Die Weiterbildung „Pfleger bei MS“ richtet sich ausschließlich an zertifizierte Teilnehmer der Fachfortbildung „Pfleger 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 „Pfleger bei MS“ der DMSG weitere zwei Jahre nach Ausstellungsdatum zu führen.
- Der **Preis** für die Weiterbildungsmaßnahme beträgt 150,- Euro pro Person. In der Teilnehmergebühr sind enthalten:
 - die Kursgebühr
 - aktuelle Ergänzungen zum Basisskriptum „Pfleger bei MS“;
 - ein aktuelles Zertifikat „Pfleger bei MS“;
 - Tagungsgetränke und Mittagessen.

Absender				
Name:				
Vorname:				
Pflegedienst:				
Funktion/Tätigkeit des Teilnehmers bei Pflegedienst:				
Straße / Nr:				
PLZ / Ort:				
Telefon: (tagsüber)				
Telefax:				
Geburtsjahr:				
Fachfortbildung „Pfleger bei MS“ beendet am:				
Ich melde mich für die Weiterbildung in folgender Klinik an. <table><tr><td>Am:</td><td>In der:</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 27.11.2010</td><td>Marianne-Strauß-Klinik, Kempfenhausen bei München Milchberg 21 82335 Berg</td></tr></table>	Am:	In der:	<input type="checkbox"/> 27.11.2010	Marianne-Strauß-Klinik, Kempfenhausen bei München Milchberg 21 82335 Berg
Am:	In der:			
<input type="checkbox"/> 27.11.2010	Marianne-Strauß-Klinik, Kempfenhausen bei München Milchberg 21 82335 Berg			
Datum und rechtsverbindliche Unterschrift / Stempel				