

**Bitte vollständig ausgefüllt und mit den erforderlichen Anlagen zurücksenden an:**

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft  
Bundesverband e.V.

**Anmeldung zur Fachfortbildung „Pflege bei MS“**

Krausenstr. 50  
30171 Hannover  
Tel.: 05 11 / 9 68 34 – 0  
Fax: 0511 / 96 83 4 - 50

Die Fachfortbildung „Pflege bei MS“ richtet sich an examinierte Pflegekräfte ambulanter und stationärer Pflegedienste.

**Teilnahmevoraussetzungen:**

- mindestens zweijährige Berufserfahrung im Pflegebereich

**Seminargebühr (gesamte Fortbildungsmaßnahme):**

- 700,- € p.P.  
(beinhaltet Kursgebühr, das Basisskriptum „Pflege bei MS“, Tagungsgetränke und Mittagessen, Abschlusszertifikat)
- zahlbar nach Erhalt der Rechnung

**Rücktrittsbedingungen / Schulungsunterbrechung:**

Rücktrittsbedingungen ab Erhalt der vorläufigen Anmeldebestätigung (E-Mail):

- Rücktritt bis 4 Wochen vor Beginn:  
25,-€ Stornogebühr
- Rücktritt zu einem späteren Zeitpunkt:  
kann der Platz nicht anderweitig besetzt werden  
behalten wir uns vor 80% der Gebühr einzubehalten
- Unterbrechung:  
fehlende Module können binnen 12 Monaten in einer anderen Maßnahme nachgeholt werden

**Hinweise:**

- Die Fortbildung ist auf 16 Teilnehmer beschränkt, Durchführung erfolgt vorbehaltlich einer ausreichenden Teilnehmerzahl
- Anmeldungen werden nach Eingangsdatum und Vollständigkeit berücksichtigt.
- **Bei Anmeldung bitte relevante Fotokopie des Ausbildungsnachweises mitschicken!**

**Absender**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Ausbildung beendet am: \_\_\_\_\_

Ich melde mich für die Fachfortbildung in folgender Klinik an:

**Augustahospital Anholt  
Augustastr. 8  
46419 Isselburg**

Die Fachfortbildung findet an folgenden Wochenenden statt:

**17.03.2017 – 19.03.2017  
31.03.2017 – 02.04.2017**

Nach erfolgreicher Absolvierung dieser Fortbildung bin ich mit der Veröffentlichung meines Namens, meines Arbeitgebers sowie Fotografien, die mich während der Fortbildung zeigen, in den Medien des DMSG, Bundesverband e.V. einverstanden.

**Datum und rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel**