

## Anmeldung zum digitalen Refresher-Seminar „MS-Schwester/MS- Therapiemanagement“

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

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft  
Bundesverband e.V.

**Anmeldung zum virtuellen Refresher-Seminar  
„MS-Schwester/MS-Therapiemanagement“**

Krausenstr. 50  
30171 Hannover  
Tel.: 05 11 / 9 68 34 – 0  
E-Mail: referat-gs@dmsg.de

Die Weiterbildung „MS-Schwester/MS-Therapie-  
management“ richtet sich ausschließlich an  
zertifizierte Teilnehmer\*innen der Fachfortbildung  
„MS-Schwester/MS-Therapiemanagement“ der  
DMSG Bundesverband e.V.

**Seminargebühr (gesamte Fortbildungsmaßnahme):**

- 180,- € p.P.  
(beinhaltet Kursgebühr, 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

**Hinweise:**

- Die Durchführung erfolgt vorbehaltlich einer  
ausreichenden Teilnehmerzahl
- Anmeldungen werden nach Eingangsdatum und  
Vollständigkeit berücksichtigt.
- Die Veranstaltung wird über das Online-System  
*Cisco Webex* stattfinden

**Bei Anmeldung bitte relevante Fotokopie des  
Ausbildungsnachweises mitschicken!**

**Absender**

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

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

**Klinik/Praxis:** \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefon (tagsüber):** \_\_\_\_\_

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

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

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

---

Ich melde mich für die virtuelle Weiterbildung,  
durchgeführt durch die folgende Klinik, an:

**Klinik und Poliklinik für Neurologie  
Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R.  
Liebigstr. 20a  
04103 Leipzig**

Die digitale Weiterbildung findet am

**15.06.2026 – 17:00 Uhr – 20:15 Uhr**

**16.06.2026 – 17:00 Uhr – 20:15 Uhr**

statt.

---

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**