

Bitte kopieren bzw. drucken Sie das Anmeldeformular aus und schicken dieses komplett ausgefüllt an folgende Adresse, an untenstehende Faxnummer oder senden Sie es per Email. Danke!

Bildungszentrum für Gesundheitsberufe des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg gGmbH,  
Wasserkrüger Weg 7  
23879 Mölln  
Email: [bz-gesundheitsberufe@drk-krankenhaus.de](mailto:bz-gesundheitsberufe@drk-krankenhaus.de)  
Fax: 04542 - 808 - 159

Seminar/Thema: \_\_\_\_\_

Seminar-Termin: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:  
(f. d. Teilnahmebescheinigung) \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Tätigkeits-Bereich: \_\_\_\_\_

Qualifikation des Teilnehmers: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \*dienstlich: \_\_\_\_\_

privat: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Mögliche kurzfristige Absagen oder  
Änderungen werden per Handy bekannt  
gegeben. Bitte geben Sie Ihre Handy-  
nummer an: \_\_\_\_\_

Die Teilnahme wurde am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ genehmigt.  
(Bereichs-Abteilungsleitung/Pflegedienstleitung)

Kostenübernahme durch:  Einrichtung  Teilnehmer

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Kostenträgers

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Teilnehmers

**Stempel des Kostenträgers**

TeilnehmerInnen erhalten über das besuchte Seminar eine Teilnahmebescheinigung.  
Sollten Sie an einem angemeldeten Seminar nicht teilnehmen können, bitten wir Sie, uns eine schriftliche Mitteilung bis 6 Wochen vor Seminarbeginn zu senden. Dabei entstehen Ihnen keine weiteren Kosten. Bei späteren Absagen müssen wir 50 % der Kursgebühr in Rechnung stellen, bei Absagen am letzten Arbeitstag vor dem Veranstaltungstag oder an dem Veranstaltungstag selbst, werden 100 % der Veranstaltungsgebühren berechnet. Bei Benennung eines Ersatzteilnehmers entfällt die Stornogebühr.