

Hiermit melde ich mich/meine Mitarbeiter/in  
verbindlich zum Lehrgang

## Zertifikatskurs Fachkraft Palliative Care Berufsbegleitende Weiterbildung in Syke

beim Kath. Bildungswerk Cloppenburg e. V. an.

**Teilnehmerdaten (Bitte vollständig in Blockschrift)**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Emailadresse

Telefon

Handy

Straße

PLZ, Ort

Kurs-Nr.

**3023/2023**

Lehrgangsbeginn/-dauer

1. Block 24.04.2023 – 28.04.2023 (Mo-Fr)

2. Block 22.05.2023 – 26.05.2023 (Mo-Fr)

3. Block 26.06.2023 – 30.06.2023 (Mo-Fr)

4. Block 21.08.2023 – 24.08.2023 (Mo-Do)

Abschluss: 13.09.2023

Kurszeiten

Mo., - Do., 09:00 – 16:45 Uhr und Fr., 9:00 – 12:15 Uhr

Gebühr

1650,00 Euro, ohne Verpflegung

Lehrgangsort

Palliativstützpunkt Syke, Schloßweide 37, 28857 Syke

Der Betrag kann von folgendem Konto in **4 Raten** (zwei Wochen vor jedem Kursmodul)  
abgebucht werden.

BIC, IBAN

Bank, Kontoinhaber/in

Ich/wir möchte/n kein Abbuchungsverfahren.

**In diesem Fall ist die komplette Kursgebühr vor Kursbeginn zu überweisen!**

Bitte geben Sie bei der Überweisung die Kurs-Nr. 3023/2023 an.

**Die Quittung soll an folgende Anschrift geschickt werden**

**(Bitte vollständig in Blockschrift)**

Quittungsempfänger/in

Straße

PLZ, Ort

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (nachzulesen im Programmheft  
des Bildungswerkes sowie auf unserer Internetseite [www.bildungswerk-clp.de](http://www.bildungswerk-clp.de)) an. Ein Rücktritt kann nur  
schriftlich bis 4 Wochen vor Lehrgangsbeginn erfolgen. Eine Kündigung während der laufenden Weiter-  
bildung ist nicht möglich. **Der Kurs findet wie geplant statt. Falls dieses nicht der Fall ist, werden wir  
Sie umgehend informieren.**

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift  
Firmenstempel (falls vorhanden)