



**ZAPV**  
ZENTRUM FÜR AMBULANTE  
PALLIATIVVERSORGUNG  
AM SCHMERZ-  
UND PALLIATIVZENTRUM  
WIESBADEN



FAXANMELDUNG AN FAX-NUMMER: 0611- 44754043

ZAPV GmbH  
Zentrum für ambulante Palliativversorgung  
**Frau Dr. med. Mechthilde Burst**  
Langenbeckplatz 2  
**65189 Wiesbaden**

**Verbindliche Anmeldung zum**

**Curriculum Palliativmedizin Modul 3 vom 10.03. – 14.03.2010**

Veranstalter: ZAPV - Zentrum für ambulante Palliativversorgung GmbH  
Ort: Hospiz Advena, Wiesbaden.

Teilnehmerbeitrag: 650,00 € + 80 € Verpflegungspauschale: **730,00 €**

Die Überweisung der Seminargebühr werde ich entsprechend der Angaben in der schriftlichen Anmelde-/Teilnahmebestätigung vornehmen. *Erst der Erhalt der schriftlichen Anmelde-/Teilnahmebestätigung mit anschließendem Zahlungseingang berechtigt zur Teilnahme.*

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meine Anmeldung zu oben genanntem Seminar bis spätestens 14 Tage vor Seminarbeginn gegen eine Bearbeitungsgebühr von € 25.00 zurückziehen kann. Des Weiteren ist mir bekannt, dass bei einer späteren schriftlichen Absage oder Nichtteilnahme eine Rückerstattung des Teilnehmerbeitrages leider nicht mehr möglich ist, das HospizPalliativNetz Wiesbaden und Umgebung e.V. die bezahlte Seminargebühr als Spende erhält und wir Ihnen über den entsprechenden Betrag auf Wunsch eine Spendenquittung ausstellen.

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

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Telefax:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Fachrichtung:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**email-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Datum**

**Unterschrift**

**Stempel**