

Anmeldeformular

Interdisziplinäre Qualifikation Palliativpflege/Palliativmedizin

Einzusenden an

**GewiNet Kompetenzzentrum
Gesundheitswirtschaft e.V.**
Martinistr. 63/65
49080 Osnabrück



Hiermit melde ich mich verbindlich zu der **Interdisziplinären Qualifikation Palliativpflege/Palliativmedizin** an:

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Berufsbezeichnung _____

Telefon privat _____ Telefon dienstl. _____

E-Mail _____

Arbeitgeber _____

Anschrift Arbeitgeber _____

Kostenübernahme erfolgt durch privat Arbeitgeber

Anmeldung für Kurs vom _____ bis _____ Nr. _____

<input type="checkbox"/>	Gesamt-Qualifikation	Berufsgruppe	<input type="checkbox"/>	Ärzte
<input type="checkbox"/>	Basiskurs		<input type="checkbox"/>	Pflegende
<input type="checkbox"/>	Aufbaukurs 1		<input type="checkbox"/>	Psychosoziale
<input type="checkbox"/>	Aufbaukurs 2		<input type="checkbox"/>	Berufsgruppen
<input type="checkbox"/>	Aufbaukurs 3		<input type="checkbox"/>	Ehrenamtliche

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Abschlusszeugnis: Berufsausbildung/Studium
- Nachweis über bisherige berufliche Tätigkeit
- Für Mitarbeiter psychosozialer Berufsgruppen:
Nachweis über eine mind. 3-jährige hauptberufliche Tätigkeit im erlernten Beruf
- Für Ehrenamtliche: Nachweis der Teilnahme am Vorbereitungskurs „Hospizliche Mitarbeit“
- Bei Anmeldung für die Aufbaumodule: Nachweis über die Teilnahme an einem Basiskurs
- Einwilligungserklärung für Fortbildungen

Datum

Unterschrift

Bei Kostenübernahme durch Arbeitgeber:
zusätzlich Unterschrift und Stempel

Einwilligungserklärung für Fortbildungen

- Hiermit bestätige ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine personenbezogenen Daten gespeichert werden, damit ich auf weiterführende (Fortbildungs-Veranstaltungen/Fortbildungen, Palliativ-Aufbautage durch GewiNet e.V. aufmerksam gemacht werden kann und sie für weitere Netzwerkarbeiten genutzt werden.
- Ich bin nicht einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gespeichert werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Kursleitung und externe Referenten meiner Fortbildung meine persönlichen Daten (wie Vorname, Name, Beruf, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer) aus organisatorischen Zwecken erhalten.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Veranstaltung fotografisch begleitet wird (i.d.R. Abschlussfoto/Zertifikatsfeier). Ich stimme der von Foto- und Videoaufnahmen meiner Person in Online- und Printmedien zu die im Zusammenhang mit der Veranstaltung oder der Veranstaltungsthematik veröffentlicht werden.
- Ich möchte nicht, dass Foto- oder Videoaufnahmen meiner Person veröffentlicht werden.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Wird sie nicht erteilt, entstehen keine Nachteile. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum

Unterschrift des Kursteilnehmers