

# Anmeldung



\_\_\_\_\_

Kursbezeichnung

\_\_\_\_\_

Termin

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Privatanschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.: (privat/mobil)

\_\_\_\_\_

E-Mail (privat)

\_\_\_\_\_

Derzeitige Funktion

Mitglied der Schwesternschaft  Ja  Nein

Selbstzahler  Ja  Nein

Verbindliche Anmeldung

\_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift

\_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Name der Einrichtung

\_\_\_\_\_

Anschrift der Einrichtung

\_\_\_\_\_

Tel.: Fax:

Bestätigung der Kostenübernahme

\_\_\_\_\_

Stempel/Datum/Unterschrift



**Deutsches  
Rotes  
Kreuz**

# Anmeldung

Bitte zurück senden an:

DRK-Schwesternschaft Lübeck e. V.  
Marlistraße 10  
23566 Lübeck