

# Anmeldung per Fax (0911 891205-38) oder per Post

Titel/ Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Akademie für Hospizarbeit und  
Palliativmedizin Nürnberg gGmbH  
Deutschherrnstraße 15-19  
90429 Nürnberg

private Anschrift:

Tel.:

E-Mail-Adresse:

abweichende Rechnungsadresse:

Tel.:

E-Mail-Adresse:

## Anmeldung

Ich möchte mich zu folgender/ folgenden Veranstaltung/en verbindlich anmelden:

Kurs-Nr.	Datum/ Beginn	(Kurz-) Bezeichnung

Die Rechnung soll geschickt werden an:  mich privat  abweichende Rechnungsadresse

Hinweise zum Rücktritt: Die Stornierung der Anmeldung bedarf der Schriftform und ist bis zum Datum des Anmeldeschlusses kostenfrei. Bei späterer Absage und/ oder bei Nichtteilnahme ist der Rechnungsbetrag in voller Höhe fällig. Selbstverständlich dürfen Sie einen Ersatzteilnehmer benennen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die rechtsverbindliche Akzeptanz dieser Hinweise bzw. der Teilnahmebedingungen (ausführlich unter [www.hospizakademie-nuernberg.de](http://www.hospizakademie-nuernberg.de) bei „AGB's“).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift