



Anmeldung zur Weiterbildung Palliativ Care für Pflegende

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Weiterbildung an.

Kursstart: _____ (Bitte das Datum des ersten Blocks angeben)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name/Vorname: _____ (Pflichtfeld)

Einrichtung/Klinik: _____ (Pflichtfeld)

Straße/Hausnummer Ihrer Einrichtung: _____ (Pflichtfeld)

Postleitzahl/Wohnort Ihrer Einrichtung: _____ (Pflichtfeld)

Berufliche E-Mail-Adresse: _____ (Pflichtfeld)

Berufliche Telefonnr.: _____ (Pflichtfeld)

Ihre Berufsausbildung: _____ (Pflichtfeld)

Ihre derzeitige Funktion/Einsatzbereich: _____

Ggf. zusätzliche/r Ansprechpartner/in inkl. Kontaktdaten (z. B. in der Personalabteilung, Vorgesetzte/r)

(Pflichtfeld)

Tragen Sie hier die **Rechnungsadresse** ein, wenn Sie von der oben genannten Adresse abweicht (z.B., weil Sie **privat** an der Weiterbildung teilnehmen):

Teilnahmebedingungen: Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und melde mich unter Anerkennung dieser Bedingungen an:

Datenschutz: Ich willige ein, dass das Fortbildungsinstitut der SBK Sozial-Betriebe-Köln gemeinnützige GmbH meine personenbezogenen Daten verarbeitet, um die Fortbildung zu organisieren und um mich künftig über ihre Arbeit und ihr Angebot zu informieren. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder per E-Mail gegenüber der SBK widerrufen. Ich erteile diese Einwilligung freiwillig. Auch wenn ich diese Einwilligung nicht erteile, kann ich ohne Nachteile an den Fortbildungsveranstaltungen der SBK teilnehmen. Das Informationsblatt zur Datenverarbeitung habe ich erhalten und verstanden:

Datum: _____

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers
(nur bei Übernahme der Kosten durch den Arbeitgeber)

Unterschrift des Teilnehmenden

Senden Sie uns den ausgefüllten Bogen bitte entweder per Mail zu: fortbildung@sbk-koeln.de oder per Fax: 0221/77755-477 oder per Post: SBK Fortbildungsinstitut, Boltenssterstraße 16, 50735 Köln