

# Anmeldeformular

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

## Bitte richten Sie Ihre Anmeldung an

Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH  
Bildungszentrum  
Viola Schönherr  
Chemnitzstraße 33 • 24116 Kiel

Tel. 0431 1697-3712

Fax 0431 1697-3730

[viola.schoenherr@krankenhaus-kiel.de](mailto:viola.schoenherr@krankenhaus-kiel.de)

## Hiermit melde ich mich zur Praxisanleiterqualifizierung an

_____ Name	_____ Geburtsname	_____ Vorname
_____ Geburtsdatum	_____ Geburtsort	_____ Berufsbezeichnung

## Privatadresse

_____ Straße/HausNr.	_____ PLZ /Ort	
_____ E-Mail	_____ Telefon	_____ Mobil

## Arbeitgeber: Klinik/Praxis

_____ Straße/HausNr.	_____ PLZ /Ort	
_____ E-Mail	_____ Telefon	_____ Mobil

## Teilnahmegebühr

Die Kursgebühr beträgt 1790,- Euro

Rechnung bitte an meine Privatadresse senden!

Rechnung bitte an meinen Arbeitgeber senden!