

## Anmeldung Palliative Care 10-tägige Fachvertiefung Mai bis Oktober 2025, Luzern

### Personalien

Name/Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse .....

PLZ, Ort .....

Telefon Privat / .....

E-Mail Privat (zwingend notwendig) .....

Arbeitgeber .....

Adresse .....

PLZ, Ort .....

Telefon Geschäft / E-Mail .....

### Ausbildung

Zeitraum .....

Abschluss als .....

### Funktion

Anstellung als .....

Seit:.....

### Aufnahmebedingungen

Dieses Angebot richtet sich an FAGE EFZ, FABE EFZ, FA SRK, HauspflegerInnen EFZ, AltenpflegerInnen, dipl. Pflegefachpersonen

Rechnung  Institution  Privat

Mitgliedschaft der Institution  ja  nein

**Ich habe das Detailprogramm gelesen und bin mit den Rahmenbedingungen einverstanden.  
Die Aufnahmebedingungen erfülle ich. Meine Anmeldung ist verbindlich.**

Ort, Datum .....

Unterschrift .....

*Bitte legen Sie der Anmeldung eine Kopie Ihres Abschlusses bei.*