

Stufe II PALLIATIVMEDIZIN <i>(nur für ÄrztInnen)</i>	Stufe II PALLIATIVPFLEGE <i>(nur für DGKP)</i>	Stufe II PSYCHOSOZ.-SPIRITUELLE PALLIATIVE CARE <i>(für ALLE Professionen, bes. D.S.A, Seelsorger, etc.)</i>
--	--	---

Bitte entsprechende Alternative ankreuzen

A N M E L D E B L A T T

Familienname: Vorname und Titel:

Geburtsname (vor Heirat): Stand:

Geb. am: in: Land:

Sozialversicherungsnummer: Staatsbürgerschaft: Religion:

Beruf / derzeitiges Hauptaufgabenfeld:

.....

.....

.....

Privatadresse / Tel. / Fax / Handy

Dienstgeber:.....

.....

.....

Dienstadresse /Tel. / Fax

E-mail-Adresse (bitte SEHR deutlich schreiben):

Rechnungsadresse: Privatadresse Dienstadresse andere:

.....

Ausbildung / Berufslaufbahn:

.....

.....

Ich habe den **Interdisziplinären Palliativbasislehrgang** absolviert

im Jahr.....Lehrgangsträger: Veranstaltungsort:

Für die Zeit der Lehrgangsböcke benötige ich voraussichtlich ein Zimmer in St. Virgil-Salzburg (unverbindlich)

JA NEIN

Datum Unterschrift

Bitte mit **Beilagen einsenden** an Hospiz Österreich, 1040 Wien, Argentinierstraße 2/3 Tel. 0043-1-803 98 68; dachverband@hospiz.at

Beilagen: Lebenslauf und (elektronisches) Bild
 Kopie des Zeugnisses des Berufsabschlusses (Diplom / Doktorat, etc)
 Kopie des Abschlusszeugnisses des Palliativbasislehrgangs (*kann nachgereicht werden*)