Per E-Mail senden

Mari Punkt Bremen Veranstaltungs-Organisation e.K.
Hollerallee 20a, 28209 Bremen

Fax: 0421/30 32 42 9 info@maripunktbremen.de

MariPunktBremen
Veranstaltungs-Organisation

40-STUNDEN GRUNDKURSE UND FALLSEMINARE 2024/2025 ZUR ERLANGUNG DER ZUSATZBEZEICHNUNG PALLIATIVMEDIZIN

Ich melde mich hiermit verbindlich zu folgendem Kurs an (bitte ankreuzen) und akzeptiere ich die AGB und die Datenschutzrichtlinien von PACE e.V. und Mari Punkt Bremen, veröffentlicht auf www.pace-ev.de und www.maripunktbremen.de.
Bitte beachten Sie den evtl. einzuhaltenden Mindestabstand von 6 Monaten zwischen dem ersten und letzten belegten Fallseminar und eine Anwesenheit in Präsenz von mind. 60 Stunden. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer zuständigen ÄK.

		Basiskurs		Fallseminar Mod. 1		Fallseminar Mod. 2		Fallseminar Mod. 3
PRÄSENZ	☐	25.-29.09.2024			☐	26.-30.06.2024		
Worpswede							☐	~~02.-06.10.2024~~ WL
							☐	~~06.-10.11.2024~~ WL
							☐	15.-19.01.2025
2025	☐	19.-23.11.2025	☐	12.-16.03.2025	☐	17.-21.09.2025	☐	26.-30.03.2025
							☐	25.-29.06.2025
							☐	24.-28.09.2025
							☐	26.-30.11.2025
LIVE-								
WEBINAR					☐	21.-25.08.2024		
ONLINE	☐	~~28.08.-01.09.2024~~ WL	☐	~~11.-15.09.2024~~ WL	☐	30.10.-03.11.2024		
	☐	23.-27.10.2024	☐	20.-24.11.2024				
	☐	27.11.-01.12.2024						
2025	☐	19.-23.02.2025	☐	19.-23.03.2025	☐	22.-26.01.2025		
	☐	07.-11.05.2025	☐	21.-25.05.2025	☐	23.-27.04.2025		
	☐	18.-22.06.2025	☐	27.-31.08.2025	☐	20.-24.08.2025		
	☐	10.-14.09.2025			☐	12.-15.11.2025		
	☐	05.-09.11.2025						
	☐	03.-07.12.2025						

WL: Warteliste Stand: 12.06.2024

☐ Bitte reservieren Sie für den o.g. Zeitraum ein Zimmer (nur für Präsenzkurse)

Anschrift: Titel, Vorname, Name: _____

Klinik/Praxis: _____ Fachrichtung: _____

Rechnung senden an:

☐ **dienstlich:** ☐ **privat:**

Straße: _____ _____

PLZ, Ort: _____ _____

Mobil-Nr.: _____ _____

E-Mail: _____ _____

Erfahrung in der Palliativmedizin (1=sehr viel bis 10= keine): _____

_____
Datum, Unterschrift