

## Anmeldung Wochenendseminar: Deeskalation in der Pflege

**Bitte Termine erfragen und hier notieren:**

\_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer : \_\_\_\_\_

PLZ/Ort : \_\_\_\_\_

Telefon/Fax : \_\_\_\_\_

Arbeitgeber : \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen:**

Kostenübernahme:       Selbstzahler       Arbeitgeber

Zahlungsart:       Komplettzahlung      (1 x 115,00 €)

Datum : \_\_\_\_\_      Unterschrift : \_\_\_\_\_

Stempel des Arbeitgebers :