

Bitte senden Sie diese Anmeldung an:

Hospiz-Akademie Bergstraße  
Am Wambolterhof 4-6  
64625 Bensheim

oder per E-Mail an [akademie@hospiz-bergstrasse.de](mailto:akademie@hospiz-bergstrasse.de)



Hiermit melde ich mich verbindlich an für:

Titel, Nummer, Gebühr

---

**Private Anschrift**

Vorname Name

---

Straße Nr.

---

PLZ Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

Geburtsdatum  
(nur für Palliative Care)

---

Berufsbezeichnung  
(nur für Palliative Care)

---

Medizinisches Fach-/Pflegepersonal

ja  nein

**Abweichende Rechnungsanschrift**

ja  nein

Organisation

---

Abteilung

---

Straße Nr.

---

PLZ Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

Hiermit erkenne ich die Teilnahmebedingungen des Hospiz-Vereins Bergstraße e.V. an. (siehe [www.hospiz-bergstrasse.de/akademie](http://www.hospiz-bergstrasse.de/akademie))  
Ich bin informiert, dass meine personenbezogenen Daten nur im Rahmen der Seminarverwaltung gespeichert werden.

Ort Datum

Unterschrift

---

