

# Anmeldeformular

Neurologische Klinik Westend • Dr.-Born-Straße 9 • 34537 Bad Wildungen

z. Hd. \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Seminar: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

in der Neurologischen Klinik Westend, Bad Wildungen  
Aus unserer Klinik / Praxis oder privat melden sich folgende Berufsgruppen an:

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

Berufsgruppe:  
 Physiotherapeut / in                       Arzt / Ärztin  
 Krankenschwester / Pfleger             Logopäde / in  
 Ergotherapeut / in                         Sonstige: \_\_\_\_\_

Anschrift der Klinik (bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen):

Name der Klinik oder Praxis: \_\_\_\_\_

Straße / Postfach: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Private Anschrift: \_\_\_\_\_

Straße / Postfach: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Rechnung an den Arbeitgeber senden     Rechnung an private Anschrift senden

Bitte dieser Anmeldung eine Fotokopie vom Berufsdiplom und, wenn für jeweilige Kursbelegung lt. Kursausschreibung erforderlich, auch eine Fotokopie der entsprechenden Grundkursbescheinigung beilegen.

Für meinen Versicherungsschutz (Krankheit, Unfall, Haftpflicht) bin ich selbst verantwortlich.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Nachname)