



# Pain Academy Augsburg®

## Anmeldung

Hiermit melde ich mich für die folgende Weiterbildung verbindlich an:

Algesiologischen Fachassistenz zertifiziert nach der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Veranstaltungstermin \_\_\_\_\_

Veranstaltungsort \_\_\_\_\_

(z.B. 10.09.-14.09.2014)

(z.B. München)

Die aktuellen Termine und Orte finden Sie auf [www.pain-nurse.com/termine](http://www.pain-nurse.com/termine) !

Die Teilnahmegebühr ist ortsgebunden und unterschiedlich hoch!

### Teilnehmerdaten:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon, privat \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon, dienstlich \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Beruf, Funktion/Fachrichtung \_\_\_\_\_

Sind Sie Mitglied einer deutschen Schmerzgesellschaft? \_\_\_\_\_ (Ja/Nein) Bei Vorlage des Mitgliedsausweises erhalten Sie eine reduzierte Teilnahmegebühr.

Die Rechnung soll ausgestellt werden auf Teilnehmer  Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers, Klinik \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Straße, Nr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Hiermit bin ich damit einverstanden, dass die Pain Academy Augsburg meine Daten für die interne Bearbeitung speichern darf. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Anmeldung senden Sie bitte

per Fax an **03222-3747106** oder

per Mail an [heide.kresse@pain-nurse.com](mailto:heide.kresse@pain-nurse.com) oder

per Post an **Pain Academy Augsburg, Heide Kresse, Albrecht Dürer Str. 14, 86415 Mering**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Teilnehmers \_\_\_\_\_

Mit seiner Unterschrift erkennt der Teilnehmer die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Pain Academy Augsburg® an (siehe [www.pain-nurse.com](http://www.pain-nurse.com)). Sobald die Anmeldung bei uns eingeht, erhalten Sie eine Anmeldebestätigung mit weiteren Informationen zugesandt.

Stand: 27.08.2014