



PalliMed - Ortenau e.V. Mitglied/Förderer - Datenblatt

Firma: _____

Nachname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Arbeitsplatz:

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Palliativausbildung Pflege:

- Examen Krankenpflege
- Examen Altenpflege
- Examen Kinderkrankenpflege
- palliativ care
- Fachschwester Onkologie
- Stationsleitung

Palliativausbildung Ärzte:

- Facharzt Allgemeinmedizin
- Facharzt Anästhesiologie
- Facharzt Innere Basiskurs
- Palliativmedizin Zusatzbezeichnung

Palliativausbildung sonstiges:

- Hospizhelfer Klinikseelsorge
- Psychologe
- Sozialarbeiter
- Trauerbegleitung

Status: Mitglied aktiv Förderer (passives Mitglied)

Mitgliedsbeitrag jährlich: _____ Euro

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Hinweis zur Datenschutzgrundverordnung: Es werden nur diese Daten erhoben und gespeichert, die sie hier eintragen. Wir werden Sie als Mitglied und Förderer in die Email-Verteiler „Mitglied“, „Interessent Qualitätszirkel“ und „Interessent Palliativtag“ aufnehmen.