

**LVR – Akademie**  
für seelische Gesundheit  
Halfeshof 10, 42651 Solingen

Tel.: 0212/4007-210  
Fax: 0221/82840534

[www.akademie-seelische-gesundheit.lvr.de](http://www.akademie-seelische-gesundheit.lvr.de)

**Anmeldeschluss:**  
Diese Anmeldung sollte  
in der LVR-Akademie

vorliegen bis zum:

**15.10.2017**

## Anmeldung

für das Seminar: **04/2018, Weiterbildung von Krankenpflegepersonen für die pflegerische Leitung eines Bereichs im Krankenhaus und anderen pflegerischen Versorgungsbereichen – Managementteil**“ 1. Präsenzphase: 15.01. – 19.01.18, 2. Präsenzphase: 05.03. – 16.03.18, 3. Präsenzphase: 25.06. – 29.06.18, 4. Präsenzphase: 10.09. – 14.09.18, 5. Präsenzphase: 19.11. – 30.11.18 und weitere Termine in 2019. in der LVR-Akademie, Solingen

Herr   
Frau

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Klinik/Institution:

Station:

Straße:

PLZ /Ort:

Tel.-Nr. /E-mail:

Arbeitsbereich:

Beruf:

Privatanschrift: Straße/Nr.:

Telefon:

PLZ/Ort:

E-mail:

### Die Kursgebühr beträgt € 2.300,-

Angeboten wird die Übernachtung für je € 19,00, für das Mittagessen werden je € 4,50 berechnet.  
Die Pausenbeköstigung ist kostenlos. Ein Abendessen wird nicht angeboten.  
Für die Übernachtung stehen Einzel- und Doppelzimmer in begrenzter Anzahl im Gästehaus zur Verfügung.

Verbindliche Anmeldung für Übernachtung: ja  nein

Verbindliche Anmeldung für das Mittagessen: ja  nein  vegetarisch ja

Ich nehme zum 1. Mal an einem Seminar der LVR-Akademie teil: ja  nein



Besondere Hilfe notwendig? Welche?

Falls Sie an der Teilnahme verhindert sind, melden Sie sich bitte rechtzeitig ab. Sollte die Abmeldung erst so spät bei uns vorliegen, dass wir die Essensbestellung nicht rückgängig machen können, müssen wir Ihnen diese Kosten berechnen.

Datum:

Unterschrift:

### Bestätigung der Kostenübernahme für die o.g. Teilnahmeanmeldung

Bitte schicken Sie die Rechnung über (bitte jeweils auswählen)

die Kursgebühren	<input type="radio"/>	an die Klinik/Einrichtung	<input type="radio"/>	an Teilnehmer/-in
die Übernachtungskosten	<input type="radio"/>	an die Klinik/Einrichtung	<input type="radio"/>	an Teilnehmer/-in
die Verpflegungskosten	<input type="radio"/>	an die Klinik/Einrichtung	<input type="radio"/>	an Teilnehmer/-in

Für die Leitung der Klinik/Einrichtung:

Datum

Stempel/Unterschrift

**Bitte alle Felder des Anmeldeformulars gut leserlich und in Druckschrift ausfüllen.**