

Hiermit melde ich mich/meine Mitarbeiter/in verbindlich zum Lehrgang

## Zertifikatskurs Fachkraft Palliative Care Berufsbegleitende Fortbildungin Syke

beim Bildungswerk Cloppenburg-Garrel e.V. an.

### Teilnehmerdaten (Bitte vollständig in Blockschrift)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Emailadresse

Telefon

Handy

Straße

PLZ, Ort

Kurs-Nr.

**3025 / 2026**

Lehrgangsbeginn/-dauer

1. Block

07.09.2026 – 11.09.2026 (Mo-Fr)

2. Block

26.10.2026 – 30.10.2026 (Mo-Fr)

3. Block

08.02.2027 – 12.02.2027 (Mo-Fr)

4. Block

15.03.2027 – 17.03.2027 (Mo-Mi)

Kurszeiten

Mo - Fr 09:00 – 16:45 Uhr

Gebühr

1.650,00 Euro, ohne Verpflegung

Lehrgangsort

Palliativstützpunkt Syke, Schloßweide 37, 28857 Syke

Der Betrag kann von folgendem Konto in **4 Raten**

(01.09.2026 / 01.10.2026 / 01.11.2026 / 01.12.2026) abgebucht werden.

BIC, IBAN

Bank, Kontoinhaber/in

Ich/wir möchte/n kein Abbuchungsverfahren.

**In diesem Fall ist die komplette Kursgebühr vor Kursbeginn zu überweisen!** Bitte geben Sie bei der Überweisung die Kurs-Nr. 3025 / 2026 an.

**Die Quittung soll an folgende Anschrift geschickt werden**

**(Bitte vollständig in Blockschrift)**

Quittungsempfänger/in

Straße

PLZ, Ort

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (nachzulesen im Programmheft des Bildungswerkes sowie auf unserer Internetseite [www.bildungswerk-clp.de](http://www.bildungswerk-clp.de)) an. Ein Rücktritt kann nur schriftlich bis 4 Wochen vor Lehrgangsbeginn erfolgen. Eine Kündigung während der laufenden Weiterbildung ist nicht möglich. **Der Kurs findet wie geplant statt. Falls dieses nicht der Fall ist, werden wir Sie umgehend informieren.**

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift

Firmenstempel (fallvorhanden)

Bildungswerk Cloppenburg-Garrel e.V., Graf-Stauffenberg-Str. 1-5, 49661 Cloppenburg,  
Tel.: 04471 9108-0, Fax: 04471 9108-50, E-Mail: [verwaltung@bildungswerk-clp.de](mailto:verwaltung@bildungswerk-clp.de)  
Bankverbindung: LZO, IBAN: DE54 2805 0100 0080 4278 91, BIC: SLZODE22XXX