



Die Anmeldung bitte ausgefüllt zurücksenden an:

BV der Kehlkopfoperierten e. V.
z. Hd. Herr Holger Hoeck
Thomas-Mann-Str. 40
53111 Bonn

Anmeldebogen

Seminar für Patientenbetreuer vom..... bis..... in.....

Von unserem/unserer LV / BzV / OV / SHG
wird folgendes Mitglied am Seminar teilnehmen:

Name, Vorname: Funktion:.....

Straße :

PLZ, Ort :

Telefon :

Fax :

E-Mail:.....

Geb. Datum :

Kehlkopflos

Teiloperiert

Operation wann

Haben Sie schon mal an einem Patientenbetreuer-Seminar teilgenommen?

Ja

Nein

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift