

palliative-care gespräche ruhr

05.11.2025

Gruppenanmeldung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melden wir folgende Teilnehmer*innen **verbindlich** zum **Palliative Care Gespräche Ruhr** am **05.11.2025** an:

1)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse*: _____

2)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse*: _____

3)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse*: _____

4)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse*: _____

5)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse*: _____

6)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse*: _____

7)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
E-Mail-Adresse*: _____

8)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
E-Mail-Adresse*: _____

9)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
E-Mail-Adresse*: _____

10)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
E-Mail-Adresse*: _____

*Bitte beachten Sie, dass wir für jede Teilnehmer*in eine eigene E-Mail-Adresse benötigen

Rechnungsempfänger:

Praxis/Klinik: _____
(Abteilung): _____
Ansprechpartner: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Ort: _____
Sonstige Informationen: _____

Ort, Datum

Unterschrift