

**IGSL-Hospiz e.V.**  
**Hospiz-Bildungswerk**  
**Mainzer Straße 4**  
  
**55411 Bingen**

Name:

Vorname:

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer:

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort:

\_\_\_\_\_  
Telefon:

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

\_\_\_\_\_  
Beruf:

\_\_\_\_\_  
Institution:

----- Für den Fensterbriefumschlag vorbereitet ----- hier knicken -----

**Hiermit melde ich mich verbindlich an zu der Fortbildung:**

**Grundqualifizierung in der Hospizarbeit**

**Kursnummer 410120**

<b>Modul I</b>	<b>Freitag, 24. Jan.</b>	<b>15.00 Uhr</b>	<b>bis</b>	<b>Sonntag, 26. Jan. 2020</b>	<b>12.00 Uhr</b>
<b>Modul II</b>	<b>Freitag, 13. März</b>	<b>15.00 Uhr</b>	<b>bis</b>	<b>Sonntag, 15. März 2020</b>	<b>12.00 Uhr</b>
<b>Modul III</b>	<b>Freitag, 28. Aug.</b>	<b>15.00 Uhr</b>	<b>bis</b>	<b>Sonntag, 30. Aug. 2020</b>	<b>12.00 Uhr</b>
<b>Modul IV</b>	<b>Freitag, 30. Okt.</b>	<b>15.00 Uhr</b>	<b>bis</b>	<b>Sonntag, 01. Nov. 2020</b>	<b>12.00 Uhr</b>

**Die Module können nur zusammen gebucht werden.**

**Seminarleiterin:** Christel Friedrich, Grenzach-Wyhlen

**Veranstaltungsort:** Modul I & II      Gästehaus der Dominikanerinnen, 77815 Bühl-Neusatzeck  
Modul III & IV      Kloster Maria Hilf, 77815 Bühl

Ich wünsche:

- vegetarische Kost
- lactosefreie Kost
- glutenfreie Kost

**Evtl. abweichende Rechnungsadresse:**

Name Institution: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner, Tel., E-Mail: \_\_\_\_\_

**Mitteilungen/Wünsche:** \_\_\_\_\_

**Die Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift