

FAX FORMULAR ANMELDUNG PATIENTENSCHULUNG E.V.

An
Patientenschulung Bonn e.V.
Postfach 140102
53056 Bonn
FAX: 0228-5052021



Patientenschulung
Bonn e.V.

Ich interessiere mich für die Teilnahme an einer Anaphylaxieschulung / Neurodermitisschulung und bin einverstanden, dass die folgenden Angaben an die Patientenschulung Bonn e.V. übermittelt werden, zwecks Koordination der Schulungskurse. Ich bin einverstanden, dass sich die Patientenschulung Bonn e.V. bezüglich einer Anaphylaxieschulung / Neurodermitisschulung mit mir in Verbindung setzt.

Name, Vorname (Eltern): _____

Name und Geb. des Kindes: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr./Handy-Nr.: _____

E-Mailadresse Eltern: _____

Krankenkasse: _____

Gewünschte Schulung:

- Anaphylaxie Schulung Eltern**
- Anaphylaxie Schulung Eltern-Kind**
- Anaphylaxie Schulung für Jugendliche**

- Neurodermitisschulung für Eltern**

.....
Ort

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

.....
Absender/Kinderarzt