



Die Anmeldung bitte ausgefüllt zurücksenden an

Landesverband der Kehlkopfoperierten e.V.  
Frau Dagmar Schmidt  
Massener Str. 27a

**59423 Unna**

## Anmeldebogen

### Seminar für Patientenbetreuer

vom ..... bis ..... in .....

**Von unserer Organisation wird folgendes Mitglied an dem o. g. Seminar teilnehmen:**

**Organisation**

BzV / OV / SHG

Name / Vorname: .....

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon / Fax: .....

E-Mail: .....

Funktion in unserer  
Organisation: .....

kehlkopflos

teilooperiert

Jahr der Operation: .....

Frühere Teilnahme an Patientenbetreuer-  
Seminaren des Landesverbandes

Nein, noch nie

Ja

**Wenn ja:** Wann war die letzte Teilnahme: →

Datum: .....

**Ich bin darüber informiert, dass die Fahrtkosten vom Landesverband übernommen werden!**

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift des bevollmächtigten Vorsitzenden bzw. Leiters