

Anmeldeformular

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgender(n) Veranstaltung(en) an

Veranstaltungstitel

Zimmer (bei mehrtägigen Veranstaltungen) EZ DZ kein Quartier

Kontaktadresse:

Vorname Familienname Titel

Strasse, HausNr. Ort, PLZ

E-Mail Tel.Nr.

Organisation Beruf

Rechnungsadresse (bitte unbedingt ausfüllen): Organisation:

Vorname Familienname Titel

Strasse, HausNr. Ort, PLZ

Ich habe die Anmelde- und Stornobedingungen gelesen, zur Kenntnis genommen und erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden. Abmeldungen bzw. Stornierungen werden nur in schriftlicher Form angenommen.

Datum: Unterschrift:

Anmeldeformular bitte ausgefüllt per Post oder Fax schicken an:

Mobiles Hospiz Palliative Care, Caritas für Betreuung und Pflege, Erwachsenenbildung Hospiz
Steingasse 25, 4020 Linz, Fax: 0732 / 786360 - 7920