

Pflege/Versorgung älterer Menschen mit Fokus neurokognitiver Störungen
Anmeldeformular

Termin:

Akademie für Gesundheitsberufe des
Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes
Göstinger Straße 24
8020 Graz

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum,- ort:

Sozialversicherungs-Nr.:

Staatsbürgerschaft:

Wohnadresse:

Telefon:

E-Mail:

Diplomierungsjahr:

Waren Sie schon einmal an einer österreichischen Universität inskribiert? Ja Nein

Wenn ja, Matrikelnummer:

Derzeitige Dienststelle:
(Klinik/Pflegeheim/HKP)

Abteilung, Station:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Derzeitige Funktion:

Rechnungsadresse:

privat

Dienststelle

Der Anmeldung beizulegen sind: **2 Passfotos, Kopie d. Diploms, Kopie d. Reisepasses**

Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Teilnehmers/in

.....
Stempel und Unterschrift der
Pflegedienstleitung