

**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 420119**

<b>Modul I</b>	<b>Freitag, 13. Sept.</b>	<b>15.00 Uhr</b>	<b>bis</b>	<b>Sonntag, 15. Sept. 2019</b>	<b>12.00 Uhr</b>
<b>Modul II</b>	<b>Freitag, 29. Nov.</b>	<b>15.00 Uhr</b>	<b>bis</b>	<b>Sonntag, 1. Dez. 2019</b>	<b>12.00 Uhr</b>
<b>Modul III</b>	<b>Freitag, 17. Jan.</b>	<b>15.00 Uhr</b>	<b>bis</b>	<b>Sonntag, 19. Jan. 2020</b>	<b>12.00 Uhr</b>
<b>Modul IV</b>	<b>Freitag, 6. März</b>	<b>15.00 Uhr</b>	<b>bis</b>	<b>Sonntag, 8. März 2020</b>	<b>12.00 Uhr</b>

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

**Seminarleiterin:** Maria Kleinhens, 63150 Heusenstamm; Trauerbegleiterin, Klangtherapeutin, Dozentin.

**Veranstaltungsort:** Tagungszentrum Schmerlenbach, Hösbach

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