

Anmeldung zum Befähigungskurs zur ehrenamtlichen Mitarbeit
als Hospizbegleiterin/Hospizbegleiter der Hospizinitiative Eutin e.V.

Name, Vorname, ggf Titel: _____ geb.: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

Beruf: _____

Weiterbildungen: _____

Familienstand: _____

Hobbies: _____

Einschränkungen: _____

Bitte beschreiben Sie sich kurz: _____

Motivation zur Teilnahme am Hospizhelferkurs

Gewünschter Zeitaufwand pro Woche

Ich bin nach den geltenden Datenschutzgesetzen einverstanden, dass diese Informationen bei der Hospizinitiative Eutin gespeichert werden.

Die Hospizinitiative gibt Ihre Daten ohne Ihre Einwilligung nicht weiter.

Datum: _____ Unterschrift _____

Per Post an Hospizinitiative Eutin e.V. , Albert-Mahlstedt-Str.20 , 23701 Eutin

oder per Mail-Anhang an <info@hospizinitiative-eutin.de>