

**Akademie für Weiterbildung
der Universität Bremen**
Frau Marlis Glomba
Postfach 33 04 40
28334 Bremen

Fax-Nr.: (0421) 218 - 98 61 62 2

Antrag auf Zulassung

Hiermit melde ich mich unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen
der Akademie für Weiterbildung der Universität Bremen verbindlich an für das

Weiterbildende Studium mit Zertifikatsabschluss "Palliative Care"

Vor- und Zuname: _____

Geb.-datum / Ort: _____

Straße: _____ Telefon privat: _____

PLZ / Ort: _____ Telefon dienst.: _____

eMail: _____ Fax: _____

Ausbildungs- bzw. Studienabschluss: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Unterlagen zum Nachweis der Zugangsvoraussetzungen sind beigefügt.

Auf die Weiterbildung bin ich aufmerksam geworden durch

Datum

Unterschrift

Anlage(n)