



Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft  
für Außerklinische Beatmung

Kontaktdaten des Kursanbieters  
„Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung/DIGAB“ (Basiskurs)

Institution/Kursanbieter _____
Kontaktdaten / Ansprechpartner
Name _____
Telefon _____
Fax _____
Email _____
ggf. Adresse der Website _____
Postalische Anschrift
Straße/Postfach _____
PLZ/Ort _____
wenn nicht identisch ggf. Rechnungsanschrift
Name _____
Straße/Postfach _____
PLZ/Ort _____
Ort der Schulungsveranstaltung
Straße/ Postfach _____
PLZ/ Ort _____
ggf. 2. Ort der Schulungsveranstaltung*
Straße/Postfach _____
PLZ/Ort _____

\*Angabe von weiteren Standorten nur bei Einsatz des gleichen Dozententeams sowie Nachweis geeigneter  
Praktikumseinrichtungen je Standort möglich