



DIGAB

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung

Kontaktdaten des Kursanbieters
„Pflegefachkraft für außerklinische **pädiatrische 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 _____