



BUNDESVERBAND  
GERIATRIE



Evangelischer Diakonieverein  
Berlin-Zehlendorf e.V.

## Anmeldung zur Prüfung der Zercur<sup>®</sup> Geriatrie Fachweiterbildung Pflege (Weiterqualifizierung)

Prüfungstermin:

---

Vor- und Nachname:

---

Straße, Haus-Nr.:

---

PLZ, Ort:

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

Rechnungsadresse:

---

---

Die Zulassung zur Prüfung gilt erst nach Eingang der Prüfungsgebühr iHv. 250,00 EUR zzgl. 19 % MwSt. als verbindlich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte zurücksenden an:** Bundesverband Geriatrie  
Reinickendorfer Straße 61  
13347 Berlin