



**DRK-Schwwesternschaft Krefeld e.V.**



**12. Krefelder Tag der  
Kinderkrankenpflege**

DRK-Schwwesternschaft Krefeld e.V.  
Jakob-Lintzen-Straße 3  
47807 Krefeld



DRK  
Schwesternschaft  
Krefeld e.V.

## **Anmeldung zum 12. Krefelder Tag der Kinderkrankenpflege am 18.11.2023**

Vorname, Nachname

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Stadt

---

Mailadresse

---

Bitte kreuzen Sie jeweils einen Workshop pro Block an!

### **Anmeldung Workshops**

#### **Workshop Block I**

WS1

WS2

WS3

WS4

WS5

#### **Workshop Block II**

WS1

WS2

WS3

WS4

WS5

Anmeldungen für die Workshops werden nach Eingang berücksichtigt!

Anmeldung für ..... Personen am 18.11.2023

Der Teilnahmebeitrag von ..... € wurde überwiesen.

Datum

Unterschrift

---

Bitte überweisen Sie die Anmeldegebühr auf folgendes Konto:

DRK-Schwwesternschaft Krefeld e.V.

IBAN DE28 3206 0362 1030 3330 19 BIC GENODED1HTK

Kennwort: **12. Kinderkrankenpfelegetag**

Anmeldung bitte per Fax an - 02151 589739 oder

per Mail an: [nicklaus@drk-schwwesternschaft-kr.de](mailto:nicklaus@drk-schwwesternschaft-kr.de)