



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



**13. Krefelder Tag der  
Kinderkrankenpflege**

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



DRK  
Schwesternschaft  
Krefeld e.V.

## Anmeldung zum **13. Krefelder Tag der Kinderkrankenpflege** am 15.11.2024

Vorname, Nachname

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Stadt

---

Mailadresse

---

Bitte kreuzen Sie jeweils **einen** Workshop **pro Block** an!

### Anmeldung Workshops

#### Workshop Block I

WS1

WS2a

WS3

WS4

WS5

#### Workshop Block II

WS1

WS2b

WS3

WS4

WS5

Anmeldungen für die Workshops werden nach Eingang berücksichtigt!

Anmeldung für ..... Personen am 15.11.2024

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: **13. Kinderkrankenpfeletag**

Anmeldung bitte per Fax an - 02151 589739 oder

per Mail an: info@drk-schwwesternschaft-kr.de