

ANMELDUNG EINER FÜHRUNG

Institution: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Veranstaltungsbüro
KulturAmbulanz
Züricher Str. 40
28325 BremenTelefon / Fax
(0421) 408-1757
(0421) 408-2898

info@kulturambulanz.de

www.kulturambulanz.de

Hiermit möchte ich folgende Gruppe

Für eine Führung am _____ um _____ Uhr verbindlich anmelden.

Die Gruppe umfasst _____ Personen / Alter der Personen:

Erstbesuch: ja nein**Gewünschte Führung bitte ankreuzen**

-
- Dauerausstellung**
- „Vom Narrenkäfig zur Nervenklinik – Wer ist hier ver-rückt?“
-
- (inkl. Areal, Film), ca. 90 - 120 Minuten“

Interessenschwerpunkte

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie allgemein | <input type="checkbox"/> Psychiatrie im Nationalsozialismus |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie 1945-1975 | <input type="checkbox"/> Medizin, Behandlungskonzepte |
| <input type="checkbox"/> Pflege allgemein | <input type="checkbox"/> Pflege im Nationalsozialismus |
| <input type="checkbox"/> Aktuelle Fragen | <input type="checkbox"/> Sonstige |

-
- Sonderausstellung**
- „Titel“
-
- ca. 60 Minuten

Der Preis beträgt pro Führung EUR 50,- (Gruppengröße max. 22 Personen).

Ort, Datum, Unterschrift

Nicht vergessen! Bitte ausgefüllt an das Krankenhaus-Museum zurücksenden!**Terminbestätigung** (vom Museum auszufüllen)

_____ Bremen, den _____	
Führungskraft	Datum, Unterschrift

Aktuelle Fahrpläne von Bus und Straßenbahn: www.bsag.de

Gesundheit Nord gGmbH Klinikverbund Bremen • Kurfürstenallee 130 • 28211 Bremen
Geschäftsführung: Jutta Demedde • Tomislav Gmajnic • Albert Schuster • Dr. Robert Pfeiffer
Aufsichtsratsvorsitzende: Senatorin Prof. Dr. Eva Quante-Brandt
Amtsgericht Bremen HRB 21773 • **St.-Nr.:** 60/146/09014 • **Ust-IdNr.:** DE813850327

Standort Klinikum Bremen-Ost
 Akad. Lehrkrankenhaus Uni Hamburg
Bremer Landesbank BIC BRLADE22XXX
 IBAN DE38 2905 0000 1070 3250 01