

Anmeldeformular:

Hiermit melde ich,

Name, Vorname: _____,

Geburtsdatum: _____,

Anschrift: _____

Telefon: _____

Anschrift Arbeitgeber (wenn Rechnungsempfänger):

mich für die Fortbildung in der Behandlungspflege LG1/LG2 an.

Diese Anmeldung ist **verbindlich** und verpflichtet Sie nach Eingang der Rechnung zur Zahlung des Teilnahmebeitrags von 1099,00€ zzgl. MwSt.

Ort, Datum

Unterschrift

Teilfinanzierung durch:

z.B. Bildungsscheck, Prämiegutschein (Kopie beifügen)

Bestätigung der Kostenübernahme (bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber)

Wir bestätigen hiermit verbindlich, die Kosten in Höhe von 1099,00€ zzgl. MwSt. für unsere Mitarbeiter/in zu übernehmen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift