

## Anmeldeformular: Berufsbegleitende Ausbildung zum/zur Altenpfleger/in

### Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsort.: \_\_\_\_\_

Handy-Nr: \_\_\_\_\_ Staatsangeh.: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

### Berufliche Daten:

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Ausbildungsbetrieb (Name) \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

### Praxisanleitung:

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Tel./Fax.: \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

### Kostenträger:

Kostenträger des Schulgeldes in Höhe von monatlich 100,00 €

Ich selbst (privat)  Mein oben genannter Arbeitgeber  Agentur für Arbeit  Anderer Träger Zahlungsart: Monatliche Überweisung per Dauerauftrag  Monatlich per Lastschrift 

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Ausbildung zum/zur staatlich anerkannten AltenpflegerIn beim HSB an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Kostenträgers

### Ermächtigung zum Einzug von Forderungen:

Hiermit ermächtige ich den HSB widerruflich die von mir zu entrichtenden Zahlungen mittels Lastschrift vom nachstehend genannten Konto einzuziehen.

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_  
(DE) Prüz. BLZ Kontonummer

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Anschrift:  wie oben  abweichend: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers