

**Anmeldeformular SfG im HSB e.V. – Fax: 040/25 30 52 119**
**Qualifizierung zum/zur Gesundheits- und Pflegeassistent/in (GPA) vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_**  
**Persönliche Daten:**

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

Vorname: \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsort.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Staatsangeh.: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich**Berufliche Daten:**

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber (Name) \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:**

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

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

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

**Kostenträger der Lehrgangsgebühren in Höhe von \_\_\_\_\_ €:**Ich selbst (privat)  Mein oben genannter Arbeitgeber  Anderer Kostenträger Zahlungsart: Überweisung Gesamtbetrag  16 Raten per Lastschrift z. Prüfungszulassung Überweisung von 16 Raten **Hiermit melde ich mich verbindlich zur Weiterbildung zum/zur Gesundheits- und Pflegeassistent/in 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: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

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

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