

## 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

Maßnahme-Nummer (AZWV): \_\_\_\_\_

Zuständiger Arbeitsberater: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Kostenträger der Lehrgangsgebühren in Höhe von \_\_\_\_\_ €:

Ich selbst (privat)

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