

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