

## Anmeldeformular

## Weiterbildung zum/zur verantwortlichen/leitenden Pflegefachkraft

**Persönliche Daten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich

Straße, PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Berufliche Daten:**

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber Name/Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Funktion: \_\_\_\_\_

**Kostenträger:**

Die Lehrgangsgebühren (zzgl. Prüfungsgebühren) übernimmt:

 Ich selber  mein oben genannter Arbeitgeber  ein anderer TrägerZahlungsart:  Überweisung Gesamtbetrag  Ratenzahlung per  Lastschrift  per Überweisung**Verbindliche Anmeldung**

Hiermit melde ich mich verbindlich zur folgenden Maßnahme (Modulen) an:

 Modul 1 - Verantwortliche Pflegefachkraft (500 Stunden) - 3.550,- Euro Modul 2 - Leitende Pflegefachkraft (300 Stunden) - 1.545,- Euro Modul 1 + 2 (800 Stunden) - 4.900,- Euro\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Kostenträger**Ermächtigung zum Einzug der Maßnahmegebühren**

Hiermit ermächtige ich den HSB e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen mittels Lastschrift vom nachstehend genannten Konto abzubuchen:

Name des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

Konto-Nummer: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber

Erstellt: 14.9.12	Bearbeitet: Jens Anderson 14.9.12	Freigabe: Jens Anderson 10.3.10	Revision: 2	Seite 1 von 1
----------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-------------	---------------