

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
----------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-------------	---------------