

Anmeldeformular PAn Modul 1 (304 Stunden)

Weiterbildung zur/zum Praxisanleiter/in 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:

Kostenträger der Weiterbildungsgebühren in Höhe von _____ € incl. Prüfungsgebühr

Ich selbst Mein oben genannter Arbeitgeber anderer Träger

Zahlungsart: Überweisung Gesamtbetrag Ratenzahlung per Lastschrift
(8 Raten a _____ Euro)

Ich melde mich verbindlich zur Weiterbildung „Praxisanleiter/in“ 304 Stunden an.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Unterschrift/Stempel Kostenträger

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