

# Anmeldeformular

Jahrespflichtfortbildung für Praxisanleiter/innen in der Pflege  
Jahr 2025

Lehrgangskosten: 120,00 € pro Tag (8 Unterrichtsstunden)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Dienststelle \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger \_\_\_\_\_

## Anmeldung zum Modul am:

<b>Montag</b>	<input type="checkbox"/> 10.03.	<input type="checkbox"/> 02.06.	<input type="checkbox"/> 10.11.
<b>Dienstag</b>	<input type="checkbox"/> 11.03.	<input type="checkbox"/> 03.06.	<input type="checkbox"/> 11.11.
<b>Mittwoch</b>	<input type="checkbox"/> 12.03.	<input type="checkbox"/> 04.06.	<input type="checkbox"/> 12.11.
<b>Donnerstag</b>	<input type="checkbox"/> 13.03.	<input type="checkbox"/> 05.06.	<input type="checkbox"/> 13.11.
<b>Freitag</b>	<input type="checkbox"/> 14.03.	<input type="checkbox"/> 06.06.	<input type="checkbox"/> 14.11.

Mit meiner verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die Verarbeitung meiner Daten mittels EDV unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen gemäß DSGVO.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmender

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Rechnungsempfänger