

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:

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