

# Anmeldeformular

Jahrespflichtfortbildung für Praxisanleiter/innen in der Pflege  
Jahr 2024

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"/> 22.04.	<input type="checkbox"/> 17.06.	<input type="checkbox"/> 04.11.
<b>Dienstag</b>	<input type="checkbox"/> 23.04.	<input type="checkbox"/> 18.06.	<input type="checkbox"/> 05.11.
<b>Mittwoch</b>	<input type="checkbox"/> 24.04.	<input type="checkbox"/> 19.06.	<input type="checkbox"/> 06.11.
<b>Donnerstag</b>	<input type="checkbox"/> 25.04.	<input type="checkbox"/> 20.06.	<input type="checkbox"/> 07.11.
<b>Freitag</b>	<input type="checkbox"/> 26.04.	<input type="checkbox"/> 21.06.	<input type="checkbox"/> 08.11.

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

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

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

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