

# Anmeldeformular

## Jahrespflichtfortbildung für Praxisanleiter/Innen in der Pflege

Lehrgangskosten:            120,00 €    pro Tag    (8 Unterrichtsstunden)  
                                      360,00 €    für 3 Tage   (24 Unterrichtsstunden)

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

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

Dienststelle \_\_\_\_\_

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

Rechnungsempfänger \_\_\_\_\_

### Anmeldung zum Modul am:

Montag	<input type="checkbox"/> 28.06	<input type="checkbox"/> 27.09	<input type="checkbox"/> 22.11
Dienstag	<input type="checkbox"/> 29.06	<input type="checkbox"/> 28.09	<input type="checkbox"/> 23.11
Mittwoch	<input type="checkbox"/> 30.06	<input type="checkbox"/> 29.09	<input type="checkbox"/> 24.11
Donnerstag	<input type="checkbox"/> 01.07	<input type="checkbox"/> 30.09	<input type="checkbox"/> 25.11
Freitag	<input type="checkbox"/> 02.07	<input type="checkbox"/> 01.10	<input type="checkbox"/> 26.11

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

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Teilnehmer

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