

Anmeldung

Bitte vollständig elektronisch oder gut lesbar ausfüllen

Alle Unterlagen **postalisch** an das AGAPLESION
BILDUNGSZENTRUM zurück.

Olof-Palme-Straße 15
60439 Frankfurt am Main
T (069) 25 73 680 – 60 / -70
F (069) 25 73 680 - 85

weiterbildungbiz@agaplesion.de

www.krankenpflegeschule-frankfurt.de

KURS

Weiterbildung Praxisanleiter:in

Kurs Nr.: _____

Beginn: _____

TEILNEHMENDE PERSON

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Telefon: _____

Straße/ Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Berufsbezeichnung: _____

Abschluss Jahr: _____

Weiterbildungen: _____

E-Mail: _____

ARBEITSGEBER

Einrichtung: _____ Abteilung/ Station: _____

Vorgesetzte:r: _____ Email Vorgesetzte:r: _____

Straße/ Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

RECHNUNGSADRESSE (Bitte unbedingt ankreuzen)

dienstlich: privat:

Bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber Kostenübernahmeerklärung in Kopie beifügen.

ERFORDERLICHE UNTERLAGEN (mit der Anmeldung einreichen)

Beglaubigte Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (z.B. Gesundheits- u- Krankenpflege)

Beglaubigte Kopie des Personalausweises oder Reisepasses

Ja, beigefügt: nein, wird nachgereicht bis: _____

Ich melde mich verbindlich für die o. g. Weiterbildung an. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie hiermit an.

Mit Ihrer Anmeldung erklären Sie sich mit der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten einverstanden. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/-in

Bei Anmeldung/Zahlung durch den Arbeitgeber:

Ort, Datum

Unterschrift Vorgesetzte/r