

## Anmeldeformular berufspädagogische Fortbildung Praxisanleitung (24h) Teilnehmervereinbarung

Hiermit melde ich mich [unsere Einrichtung folgende:n Mitarbeiter:in] zur nachstehenden Veranstaltung verbindlich an:

### 1. Veranstaltung

Titel der Maßnahme/ Veranstaltung	Refresher Praxisanleitung (24h) (§4 Abs. 3 PflAPrV)		
von:	15.05.2023	bis:	17.05.2023
Veranstaltungsort:	Helios Klinikum Siegburg		
Telefon:	02241-182330	Teilnahmegebühr:	300 Euro

### 2. Teilnehmer/Anmelder

#### 2.1. Teilnehmer (1. Kostenschuldner)

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname			ggf. Geburtsname:		
Straße:				Hausnummer:	
PLZ:		Ort:			
Bundesland:					
Geburtsdatum:		Geburtsort:			
Telefon:			Mobil:		
Email:				Beruf:	

#### 2.2. Anmelder/Kostenträger (2. Kostenschuldner)

(Bitte nur ausfüllen falls abweichend von Teilnehmer unter 2.1)

Institution/Firma:					
Straße:				Hausnummer:	
PLZ:		Ort:			
Telefon:			Fax:		
Email:					

### 3. Unterschriften

Die Kostenübernahme wird durch den:die Teilnehmer:in/Anmelder:in zugesichert.

Ich/Wir habe(n) die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Helios- Bildungszentrums Siegburg, einschließlich der Widerrufsbelehrung, zur Kenntnis genommen und bin/sind mit ihrer Geltung einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift (Teilnehmer:in) (2.1. Kostenschuldner)	Ort, Datum, Unterschrift Bildungszentrum	Ort, Datum, Unterschrift (2.2. Anmelder:in/Kostenschuldner:in)