

Empfänger:  
Helios Klinikum Hildesheim GmbH  
Bildungszentrum  
Senator-Braun-Allee 33  
31135 Hildesheim

**Anmeldung / Teilnehmervereinbarung**  
**Hiermit melde ich mich / folgenden Mitarbeiter zur nachstehenden**  
**Veranstaltung verbindlich an.**

**1. Veranstaltung:**

- Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege (FLP)
- Praxisanleiter/in (PA)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

**2. Teilnehmer:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Beruf \*: \_\_\_\_\_

\* Bitte Kopie der Berufsurkunde / Examensurkunde beifügen

**3. Kostenträger:**

Institution / Firma: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Bundesland: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**4. Unterschriften:**

Die Kostenübernahme wird durch den Teilnehmer zugesichert. Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Helios Bildungszentrum Hildesheim, einschließlich der Widerrufsbelehrung gelesen und bin mit ihrer Geltung einverstanden.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers /  
ggf. Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Helios Klinikum  
Hildesheim GmbH