

# ANMELDEFORMULAR

## Verbindliche Anmeldung

## Vertiefungstage für Praxisanleiter/innen (24 h) in Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege

Bräugasse 29  
92681 Erbendorf

Telefon: (0 96 82) 18 24 - 0

**Telefax: (0 96 82) 18 24 - 18**

E-Mail: [info@bbz-erbendorf.de](mailto:info@bbz-erbendorf.de)

Internet: [www.bbz-erbendorf.de](http://www.bbz-erbendorf.de)

Bankverbindung:

Sparkasse Erbendorf

Konto-Nr. 302 109 251 (BLZ 753 519 60)

IBAN:DE17753519600302109251

Eine Stornierung ist bis 4 Wochen vor Kursbeginn kostenfrei, danach werden 50% der Kursgebühr fällig, außer es wird eine Ersatzperson gestellt.

**Bitte geben Sie die gewünschten Fortbildungstage (Modul 1-3) entsprechend an\*:**

- \_\_\_\_\_ (Modul 1)  
 \_\_\_\_\_ (Modul 2)  
 \_\_\_\_\_ (Modul 3)

	Teilnehmer/in
<b>Name, Vorname</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>PLZ, Ort</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>E-Mailadresse (persönlich)</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Unterschrift</b>	
<b>Rechnungsanschrift</b>	
<b>Ansprechpartner der Einrichtung</b>	