



Anmeldung zur Fortbildung für Praxisanleiter

Tagesfortbildung 1 Datum am: _____

Tagesfortbildung 2: Datum am: _____

Tagesfortbildung 3 Datum am: _____

Tagesfortbildung 4 Datum am: _____

Tagesfortbildung 5 Datum am: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

(bitte nur Privatanschrift)

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail*: _____

*(E-Mail-Adresse bitte leserlich schreiben)

Die Teilnahmegebühr von _____ € (je FB 150,00 €)

zahle ich selbst (nach Erhalt der Rechnung)

übernimmt mein Arbeitgeber: (nach Erhalt der Rechnung)

Datum: _____ Unterschrift TeilnehmerIn: _____

Stempel + Unterschrift Ihrer Pflegedirektion

Es gelten die AGB des BZNW
(www.bznw.de)