

Anmeldung
zur Fortbildung
Hygienebeauftragte*r
in stationärer und ambulanter Pflege



Zeitraum: 02.11.2026 – 06.11.2026 & 23.11. - 27.11.2026

jeweils 08:30 Uhr – 15:30 Uhr

Nachname*: _____ Geburtsname: _____

Vorname*: _____

Straße*: _____

PLZ, Ort*: _____

(bitte nur Privatanschrift)

Geburtsdatum*: _____ Geburtsort: _____

Telefon: _____

E-Mail*: _____

***Pflichtangaben / E-Mailadresse bitte gut leserlich schreiben**

Die Teilnahmegebühr von 750,00 €

zahle ich selbst: (nach Erhalt der Rechnung)

übernimmt mein Arbeitgeber: (nach Erhalt der Rechnung)

Datum: _____ **Unterschrift Teilnehmer*in:** _____

ggf. geänderte Rechnungsanschrift:

Stempel + Unterschrift Ihres Arbeitgebers (bei Kostenübernahme)

Es gelten die AGB des BZNW

(www.bznw.de)