



[www.gesundheitsberufe-berlin.com](http://www.gesundheitsberufe-berlin.com)

# Anmeldung

## Praxisanleiter\*in für Gesundheitsfachberufe

Berufspädagogische Zusatzqualifikation

Hiermit melde ich mich verbindlich für die berufspädagogische Zusatzqualifikation Praxisanleiter\*in für Gesundheitsberufe an. Der Kurs findet in Kooperation der Schule für Gesundheitsberufe Berlin und des Zentrums für Fort- und Weiterbildung der Evangelischen Hochschule Berlin statt.

– Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen –

Ausbildungsstart

Geburtsdatum

Familienname (ggf. auch Geburtsname)

Vorname

Postanschrift

ggf. abweichende Rechnungsanschrift

Mobiltelefon

E-Mail

Praxisort

Hiermit erkläre ich, dass meine Angaben zutreffen und ich die Teilnahmevoraussetzung erfülle. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Stornierung nur bis acht Wochen vor Beginn des Kurses kostenfrei möglich ist. Bei Absage bis vier Wochen vor Beginn werden 50 % der Kursgebühr berechnet. Danach wird die volle Teilnahmegebühr berechnet. Alternativ kann eine andere Person benannt werden, sofern diese die Voraussetzungen erfüllt.

Ort, Datum

Unterschrift