

Ihre Anmeldung richten Sie bitte an:

u.polentz@bildungsakademie-hochsauerland.de

Verbindliche Anmeldung

bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Kursnummer

Kursdatum

Kurstitel

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail Adresse

Geburtsdatum und -ort (Angabe nur bei Zertifikatskursen erforderlich)

Arbeitgeber, falls Rechnungsempfänger:

Unternehmen

ggf. Standort und Station

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

| | |
|--|---|
| <p>Tätigkeitsbereich:</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Stationäre Altenhilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> | <p>Beruf:</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger</p> <p><input type="checkbox"/> Altenpfleger/-in</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> |
|--|---|

Datum / Unterschrift

Allgemeines

Die Anmeldung ist verbindlich, aber übertragbar. Stornierungen müssen schriftlich erfolgen. Stornierungsbedingungen und -gebühren entnehmen Sie bitte den allgemeinen Teilnahmebedingungen.