

Anmeldung Berufspädagogische Fortbildung Praxisanleitende – Externe TN

**AGAPLESION BILDUNGSZENTRUM
FÜR PFLEGEBERUFE RHEIN-MAIN gGmbH**
Sekretariat Weiterbildung

Olof-Palme-Straße 15
60439 Frankfurt am Main

T (069) 25 73 68 070

weiterbildungbiz@agaplesion.de

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Praxisanleitend seit: _____

E-Mail: _____

Straße: _____

PLZ-Wohnort: _____

Telefon privat: _____

Arbeitgeber: _____

Ich melde mich zu folgenden Fortbildungen verbindlich an:

Seminar Nr.	Datum	Titel der Veranstaltung	UE

Für die o. g. Fortbildungen melde ich mich verbindlich an. Die aktuellen Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

Mit der Anmeldung erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften erhoben, elektronisch gespeichert und zum Zweck der gewöhnlichen Fortbildungsorganisation verarbeitet werden. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

KOSTENÜBERNAHME Kursgebühr

Arbeitgeber: ☐

Privat: ☐

Rechnungsadresse: _____

Hinweis: Es können nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen berücksichtigt werden!

Datum, Unterschrift Teilnehmer:In

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers

Anmeldung Berufspädagogische Fortbildung Praxisanleitende - FDK interne TN

AGAPLESION BILDUNGSZENTRUM
FÜR PFLEGEBERUFE RHEIN-MAIN gGmbH
Sekretariat Weiterbildung

Olof-Palme-Straße 15
60439 Frankfurt am Main

T (069) 25 73 68 070

weiterbildungbiz@agaplesion.de

Klinik: _____
Abteilung: _____
Name: _____
Vorname: _____
Geb. Datum: _____
Praxisanleitend seit: _____
E-Mail: _____
PLZ-Wohnort: _____
Straße: _____
Telefon Priv.: _____

Ich melde mich zu folgenden Fortbildungen verbindlich an:

Seminar Nr.	Datum	Titel der Veranstaltung	UE

Für die o. g. Fortbildungen melde ich mich verbindlich an. Die aktuellen Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

Mit der Anmeldung erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften erhoben, elektronisch gespeichert und zum Zweck der gewöhnlichen Fortbildungsorganisation verarbeitet werden. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

KOSTENÜBERNAHME

Es wird **zur Kenntnis** genommen,

- dass die oben aufgeführten Fortbildungsstunden, die zum Erreichen der jährlichen 24 Stunden Pflichtfortbildung absolviert werden müssen, als Arbeitszeit anerkannt sind.
- dass die Kostenübernahme der erforderlichen Fortbildungen durch die Pflegedienstleitung bereits vereinbart bzw. bewilligt ist.

Hinweis: Es können nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen berücksichtigt werden!

Datum, Unterschrift Teilnehmer:In

Datum, Unterschrift Stations-/Bereichsleiter:In