

# Anmeldung

Bitte vollständig elektronisch oder gut lesbar ausfüllen

Alle Unterlagen **postalisch** an das AGAPLESION  
BILDUNGSZENTRUM zurück.

Olof-Palme-Straße 15  
60439 Frankfurt am Main  
T (069) 25 73 680 – 60 / -70  
F (069) 25 73 680 - 85

[weiterbildungbiz@agaplesion.de](mailto:weiterbildungbiz@agaplesion.de)

[www.krankenpflegeschule-frankfurt.de](http://www.krankenpflegeschule-frankfurt.de)

## KURS

### Weiterbildung Praxisanleiter:in

Kurs Nr.: \_\_\_\_\_

Beginn: \_\_\_\_\_

## TEILNEHMENDE PERSON

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Abschluss Jahr: \_\_\_\_\_

Weiterbildungen: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## ARBEITSGEBER

Einrichtung: \_\_\_\_\_ Abteilung/ Station: \_\_\_\_\_

Vorgesetzte:r: \_\_\_\_\_ Email Vorgesetzte:r: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

## RECHNUNGSADRESSE (Bitte unbedingt ankreuzen)

dienstlich:  privat:

Bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber Kostenübernahmeerklärung in Kopie beifügen.

## ERFORDERLICHE UNTERLAGEN (mit der Anmeldung einreichen)

**Beglaubigte Kopie** der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (z.B. Gesundheits- u- Krankenpflege)

**Beglaubigte Kopie** des Personalausweises oder Reisepasses

Ja, beigelegt:  nein, wird nachgereicht bis:  \_\_\_\_\_

Ich melde mich verbindlich für die o. g. Weiterbildung an. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie hiermit an.

Mit Ihrer Anmeldung erklären Sie sich mit der Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten einverstanden. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/-in

Bei Anmeldung/Zahlung durch den Arbeitgeber:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vorgesetzte/r