

## Verbindliche Anmeldung

Stand 11.2020

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

Olof-Palme-Straße 15  
60439 Frankfurt am Main

T (069) 25 73 680 – 60 / -70  
F (069) 25 73 680 - 95

Bitte vollständig und lesbar ausfüllen

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

[infobiz@agaplesion.de](mailto:infobiz@agaplesion.de)  
[www.krankenpflegeschule-frankfurt.de](http://www.krankenpflegeschule-frankfurt.de)

### KURS

#### Weiterbildung Praxisanleitung nach der hess. WPO-Pflege 2020

**Kurs:** WB PA 2021/22

**Beginn:** 07.06 2021

### TEILNEHMENDE PERSON

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Abschluss Jahr: \_\_\_\_\_  
Arbeitsbereich: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### ARBEITSGEBER

Einrichtung: \_\_\_\_\_  
Abteilung/Station: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ 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- und Krankenpflege)
- Beglaubigte Kopie** des Personalausweises oder Reisepasses

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

Ich melde mich verbindlich für die o. g. Weiterbildung an. Die Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie hiermit an. Mit meiner Anmeldung erkläre ich mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

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

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

Bei Anmeldung/Zahlung durch den Arbeitgeber:

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

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