Bildungszentrum
für Gesundheitsberufe

Verbindliche Anmeldung

Ich melde mich für folgende Fortbildung:

…….. an:

(Anmeldung bis spätestens 2 Wochen vor Kursbeginn)

persönliche Angaben:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	

Kostenübernahme:

☐ Die Rechnung geht an die Privatadresse:

Straße/Hausnummer	
PLZ Ort	

Die Anmeldung ist nur mit Ihrer Unterschrift gültig.

Ort, Datum Name Unterschrift

☐ Die Rechnung geht an die Dienstadresse:

Kostenübernahmeerklärung des Arbeitgebers:

Hiermit bestätigen wir die Kostenübernahme unseres o.g. Arbeitnehmers:

Ort, Datum Name/Funktion Unterschrift/Firmenstempel

Rechnungsanschrift:

Klinik	
Straße/Hausnummer	
PLZ Ort	

Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Magdeburg gGmbH, Pfeifferstraße 10, 39114 Magdeburg

0391 8505253 (Tel.) / 0391 8505147 (Fax)