

Anmeldung zur Fortbildung „Praxisanleiter / -in im Gesundheitswesen“

(40 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten - digital)

Name und Anschrift der Praktikumsstelle bzw. medizinischen Einrichtung:

Kursstart: _____

Hiermit melde ich folgende Mitarbeiter/-innen zur oben genannten Fortbildung an:

1. _____ Beruf: _____

E-Mail: _____

Anschrift: _____

2. _____ Beruf: _____

E-Mail: _____

Anschrift: _____

3. _____ Beruf: _____

E-Mail: _____

Anschrift: _____

Die Gebühr beträgt 250 € pro Person, zahlbar nach Rechnungseingang binnen

2 Wochen per Überweisung auf das folgende Konto:

Medischulen gGmbH

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE63 3702 0500 0001 8096 00

Verwendungszweck: Fobi Praxisanleitung, Vor- und Nachname

_____, den

Ort

Datum

Stempel/Unterschrift Einrichtungsleitung
bzw. des/der Teilnehmenden