



BSZ für für Gesundheit und Sozialwesen | An der Markthalle | Chemnitz

PRAXISANLEITERFORTBILDUNG

INFORMATIONEN ZUR ANMELDUNG

Bitte senden uns Sie folgende Unterlagen:

1. ausgefüllten Anmeldebogen
2. Nachweis über eine Berufsqualifikation im Bereich Sozialwesen oder der Kindheitspädagogik
3. Nachweis über eine mindestens zweijährige Berufstätigkeit in einem Arbeitsfeld eines Erziehers

postalisch an:

BSZ für Gesundheit und Sozialwesen
Frau Anja Lindner
An der Markthalle 10
09111 Chemnitz

Anmeldeschluß 01.07.2021

Was passiert danach?

Nach Erhalt der Anmeldung und Prüfung der Zugangsvoraussetzungen erhalten Sie den Teilnehmervertrag in zweifacher Ausführung und eine Rechnung über die Kursgebühr von 480 €. Sobald der Rechnungsbetrag und der unterschriebene Vertrag bei uns eingegangen sind, ist die Anmeldung zur Praxisanleiterfortbildung verbindlich.

Bitte beachten Sie, dass der Kurs erst ab 10 Personen stattfinden kann. Sollte bis zum Anmeldeschluß am 01.07.2021 die Mindestpersonenzahl nicht erreicht sein, erhalten Sie selbstverständlich auch keine Rechnung.

BITTE FÜLLEN SIE DAS FORMULAR LESERLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.

VIELEN DANK!

ANMELDUNG

Ich melde mich für die Praxisanleiterfortbildung vom 09.09.2021 bis 14.02.2022
am BSZ für Gesundheit und Sozialwesen in Chemnitz an.

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

ANGABEN ZUR EINRICHTUNG

Name der Einrichtung: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

ANGABEN ZUM TRÄGER

Name des Trägers: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

RECHNUNGSANSCHRIFT

Institution/Name: _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort: _____

- Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Daten gemäß Datenschutzrichtlinie vom BSZ für Gesundheit und Sozialwesen Chemnitz gemäß der DSGVO verarbeitet und genutzt werden dürfen.
- Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass der Rechnungsempfänger sein **Einverständnis** zur Teilnahme und zur **Kostenübernahme** erklärt hat.

Ort, Datum _____

Unterschrift Teilnehmer

Unterschrift/Stempel Leiter der Einrichtung

