

# Anmeldeformular für die berufspädagogische Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter\*in in den Gesundheitsberufen

Die Weiterbildung im Umfang von 300 Stunden wird für die jeweiligen Berufe wie folgt geregelt:

§ 4 PflAPrV, § 9 Abs. ATA-OTA APrV, § 8 MTAPrV, § 10 HebStPrV und § 3 NotSan-APrV.

Folgende Teilnehmer\*innen melden wir verbindlich an:

Anrede	Vorname	Name	Geb. Datum	Einsatzbereich/ Abteilung	gewünschter Termin

Bei einem Rücktritt bis spätestens sieben Tage vor Kursbeginn und sofern kein Ersatztermin vereinbart werden kann, übernehmen wir als Einrichtung 50 % der Teilnahmegebühr pro nicht teilnehmende Person. Bei Nichterscheinen am Kurstag wird die volle Teilnahmegebühr fällig. Die Rechnung (pro teilnehmende Person) ist in unserem Hause zu richten an:

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Frau/Herr: \_\_\_\_\_  
(Vorname/Name)

Abteilung: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
(Bezeichnung)

Adresse: \_\_\_\_\_  
(Straße/PLZ/ Ort)

-----  
Name und Unterschrift der verantwortlichen Dienstvorgesetzte Person der/des Teilnehmer/-In:

\_\_\_\_\_  
(Vorname/Name)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)