

Anmeldung und Kostenübernahmeerklärung

Hiermit melde ich meine MitarbeiterIn/mich verbindlich an für die

- Weiterbildung zur Fachkraft Geriatrie und Demenz**
Kurs Nr. 12
Kosten 3.400,00 Euro

- Basislehrgang** vom 19.10.2021 bis 21.05.2022 Kosten 2.500,00 Euro
 Aufbaulehrgang vom 16.06.2022 bis 05.11.2022 Kosten 1.400,00 Euro

Bitte denken Sie an

- Zusendung des Nachweises über eine Tätigkeit von mindestens sechs Monaten in geriatrischen Einrichtungen oder Stationen nach Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung
- Examensurkunde

(Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau/Herrn: _____ geb. am: _____

Privatadresse: _____

PLZ + Ort: _____

E-Mail privat: _____

Krankenhaus/Einrichtung: _____

Name PDL: _____

PLZ + Ort: _____

Straße: _____ Tel. _____

Bitte haben Sie Verständnis, wenn wir nur **vollständig** ausgefüllte Anmeldungen bearbeiten können. Die Daten der Teilnehmerin/des Teilnehmers werden, soweit geschäftsnotwendig und nach dem Bundesdatenschutz zulässig, mittels elektronischer Datenverarbeitung (EDV) gespeichert. Sie erhalten nach Ablauf der Anmeldefrist eine schriftliche Bestätigung und die Rechnung.

Allgemeine Geschäftsbedingungen

Teilen Sie uns bitte schriftlich Ihren Rücktritt mit. Erfolgt dieser 12 Wochen vor Kursbeginn, werden bereits überwiesene Zahlungen abzüglich einer Bearbeitungsgebühr von € 150 erstattet. Bis 6 Wochen vor Lehrgangsbeginn berechnen wir Ihnen 50% der Lehrgangsgebühren. Erreicht uns Ihr Rücktritt erst binnen sechs Wochen vor Lehrgangsbeginn, ist die gesamte Lehrgangsgebühr fällig. Sollte Ihr Platz wiederbelegt werden können, erstatten wir Ihnen bereits überwiesene Zahlungen abzgl. einer Bearbeitungsgebühr von € 150. Durch die vorgenannte Regelung über Fälligkeit einer Bearbeitungsgebühr bzw. von Lehrgangsgebühren im Rücktrittsfalle wird das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund gemäß § 626 BGB nicht berührt.

Falls ein Kurs aus vom Bildungszentrum zu verantwortenden Gründen abgesagt werden muss, werden die bereits bezahlten Lehrgangsgebühren erstattet.

Datum: _____ Unterschrift/Stempel _____

Pflegedienstleitung oder Kostenträger