

**Anmeldung für die Fortbildung
Spezialisierte Herzinsuffizienz Assistenz**

Daten des Teilnehmers

Name: _____ Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Telefon dienstlich: _____ Telefon mobil: _____

E-Mail privat: _____

Arbeitgeber mit vollständiger Adresse:

Rechnungsadresse, falls abweichend von Arbeitgeber:

Zur Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen fügen Sie Ihrer Anmeldung bitte folgende Unterlagen bei:

- Kopie des Abschlusszeugnisses der Berufsausbildung
- Bestätigung des Arbeitgebers über die dreijährige Berufserfahrung

Die allgemeinen Geschäfts- und Widerrufsbedingungen sowie die Teilnahmebedingungen wurden mir ausgehändigt und hiermit von mir anerkannt.

Datum / Unterschrift _____
Teilnehmer/in

Teilnahme befürwortet _____
Datum / Unterschrift Arbeitgeber

Sie haben den allgemeinen Geschäfts- und Widerrufsbedingungen zugestimmt.

Im Rahmen der Ausbildung wird eine Mittagsverpflegung sowie Tagungsgetränke bereitgestellt. Eine Organisation sowie Erstattung von Übernachtungs- und Reisekosten erfolgt nicht.

Mit Ihrer Anmeldung erfolgt die verbindliche Buchung der drei obenstehenden Module. Die Teilnahmegebühren werden Ihnen vor Lehrgangsbeginn in gesondertem Schreiben in Rechnung gestellt und sind vor Kursbeginn komplett zu begleichen. Für die Zulassung zur Abschlussprüfung ist die erfolgreiche Teilnahme an allen Modulen des laufenden Kurses erforderlich. Sollte der Kurs nicht beendet werden, besteht kein Anspruch auf Rückerstattung der Teilnahmegebühren. Eine Beendigung der Ausbildung im nachfolgenden Kurs ist nur nach vorheriger Absprache und aus wichtigem Grund möglich.

Hiermit erklären wir, durch nachstehende Unterschriften, dass wir über Art und Umfang dieser Fortbildung informiert wurden und sowohl mit der Teilnahme und der Übernahme der dabei anfallenden Kosten einverstanden sind.

Unterschrift Teilnehmer

Stempel Klinik / Praxis

Unterschrift Verwaltung / Arbeitgeber

Stempel Verwaltung / Arbeitgeber