

## Anmeldung

Fortbildung 24 Stunden Praxisanleitung nach §4 Abs. 3 PflAPrV

Dauer 3 Tage, (24 Stunden)  
Lehrgangsgebühr **360,- €** (incl. Skriptkosten)

**Termine: 02.04.25, 03.04.25 und 04.04.25**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat/mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Berufsausbildung \_\_\_\_\_

Berufspraxis \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse \_\_\_\_\_

Mit der Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten im Rahmen und zur Durchführung der Weiterbildung erkläre ich mich einverstanden (bitte ankreuzen, Zustimmung erforderlich)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)