

Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Bergstraße
Berliner Ring 34a
64625 Bensheim

Telefon: 06251 / 944999-6
FAX: 06251 / 944999-7
Email: info@bzg-bergstrasse.de

Hiermit melde ich mich verbindlich an zu dem Lehrgang

Betreuungskraft nach § 43b SGB XI

Lehrgangstermin: _____

Modul: 1 2 3 4 5 6

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Die Teilnahmegebühr von 50,00 € pro Modul wird

von mir privat übernommen von meinem Arbeitgeber übernommen

Ort, Datum: _____ Unterschrift Teilnehmer/in: _____

Name und Adresse des Arbeitgebers/Zahlungsträgers:

Name, Vorname des/r Vorgesetzten: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift Arbeitgeber: _____