

**Kath. Schule für Gesundheits- und Pflegeberufe gGmbH  
- Bereich Fort- und Weiterbildung -**

Sonnenstr. 171  
44137 Dortmund

Telefon (0231) 31 77 83 25  
Telefax (0231) 31 77 83 55

## Anmeldung

Ich melde mich für folgendes Seminar zu den im gültigen Programm genannten Bedingungen an und bitte um Zusendung der erforderlichen weiteren Informationen:

..... (Name der Fort-/Weiterbildung)

**ab** ..... (Bitte den Anfangstermin eintragen)

**Preis:** ..... (Bitte den Preis eintragen)

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir bei Abmeldungen innerhalb von zwei Wochen vor Kursbeginn eine Ausfallgebühr von 50% erheben müssen, falls keine Ersatzperson benannt werden kann. Bei Nichterscheinen am Tage des Kursbeginns wird die gesamte Teilnehmergebühr fällig.

**Name und Vorname:** .....

**Privatanschrift** und Telefon /  
Email: .....

Meine Aufgabe(n) / Funktion(en): .....

Ich habe eine Ausbildung als: .....

**Dienstanschrift** : Einrichtung: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon/Telefax: .....

**Wer bezahlt die Rechnung?** .....

Datum : ..... Unterschrift : .....

### **Bescheinigung des Arbeitgebers (nicht bei privater Anmeldung)**

Hiermit wird bescheinigt, dass Herr / Frau .....  
unsere Billigung zur Teilnahme am oben bezeichneten Kurs hat und der Teilnahme keine dienstlichen Gründe entgegenstehen.

.....  
( Ort, Datum ) ( Unterschrift )