

**Schwesternhelferin/Pflegediensthelfer in der Alten- und ambulanten Pflege**

Hiermit melde ich mich verbindlich zum o.g. Lehrgang an. Der Lehrgang findet in der Zeit

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ statt.

*Bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben!*

**Name:**

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**geborene:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**e-Mail:** \_\_\_\_\_

Der Teilnehmerbeitrag in Höhe von **670,80** Euro

- wird nach Rechnungserhalt innerhalb von 14 Tagen überwiesen
- wird gegen Rechnung übernommen von: \_\_\_\_\_

- Zur Information über Aus- und Fortbildungen, für die Abwicklung des o.a. Lehrgangs sowie andere Aktivitäten der Malteser und ihrer Kooperationspartner dürfen meine Daten verarbeitet und genutzt werden. Ein Widerruf für die Zukunft ist jederzeit zulässig.

**x**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Es gelten die AGB der Malteser Ausbildung. Diese habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in oder des ges. Vertreters

**x**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Ich bestätige, dass ich gesundheitlich für eine Tätigkeit in der Pflege geeignet bin.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in oder des ges. Vertreters

**x**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in oder des ges. Vertreters