

## Anmeldung für Fort- und Weiterbildungen

für Veranstaltungen des ASKLEPIOS Bildungszentrums für Gesundheitsfachberufe Weißenfels. Richten Sie diese Anmeldung bitte an s.kellermann@asklepios.com oder per Postweg an das Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Weißenfels, Max-Planck-Straße 1, 06667 Weißenfels.

Ich melde verbindlich mich für folgende Veranstaltung/-en an:

Veranstaltungsname	Veranstaltungsdatum

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-name/-ort\*: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Berufsabschluss\*: \_\_\_\_\_

Zeugnis vom\*: \_\_\_\_\_

Berufserlaubnis/ Datum/ Ort\*: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

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

Ansprechpartner (inkl. Kontakt): \_\_\_\_\_

Bestätigung der Teilnahme durch den Arbeitgeber:  ja  nein  nicht erforderlich

Finanzierung der Bildungsmaßnahme:  Teilnehmer/-in  Arbeitgeber

Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anmeldebestätigung geht an:  Teilnehmer/-in  Arbeitgeber

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

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Kostenübernahmeerklärung und Einwilligung zur Teilnahme durch den Arbeitgeber:** Hiermit bestätigen wir (die Einrichtung) die Kostenübernahme für o.g. Veranstaltung(en), an denen unser(e) Arbeitnehmer(in) teilnimmt:

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

\_\_\_\_\_  
Name/Funktion

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Firmenstempel

\* Diese Angaben sind nur bei Weiterbildungen nötig.