

Anmeldung zum Seminar /zum Weiterbildungskurs

APS

Tel: 0511-864754

Akademie für Pflege und Soziales GmbH

Karlsruher Straße 2b

30519 Hannover

Bitte in Druckbuchstaben **ein** Formular **pro** Seminarteilnehmer/in

Seminartitel/Kurstitel _____

Termine/Kursbeginn _____ Kursnummer _____

Anschrift Teilnehmer/in dies ist meine Privatanschrift

dies ist meine Firmenanschrift

Name/Vorname _____

Einrichtung/Bereich _____

Beruf/Funktion _____

Psychiatriepraxis seit _____ Jahren

PLZ, Ort _____

Straße, Nr. _____

Telefon _____ E-Mail _____

Datum/Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen der APS – Akademie für Pflege und Soziales GmbH an. (AGB's unter www.aps-hannover.de)

gegebenenfalls:

Bescheinigung über die Kostenübernahme des Einrichtungsträgers

Name der Einrichtung: _____

Rechnungsanschrift: _____

Kostenzusage des Trägers/ Datum /Unterschrift /Stempel: _____

Name des Unterschriftsberechtigten _____