



CHRISTLICHE AKADEMIE  
für Gesundheits- und Pflegeberufe

Fährstraße 6  
06114 Halle  
Telefon: (03 45) 5 24 26 - 0  
Fax: (03 45) 5 24 26 44

Fax- und Kopiervorlage

## Anmeldeformular für Kurse und Fortbildungen

Ich melde mich hiermit für die folgende Bildungsmaßnahme verbindlich an.  
Die Allgemeinen Vertragsbedingungen habe ich gelesen und erkenne sie an.

Kurs-/Fortbildungs-Nummer: \_\_\_\_\_/2010

Kursbezeichnung: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Kostenübernahme durch Teilnehmer:  durch Arbeitgeber:

Einrichtung: \_\_\_\_\_

(Stempel/Unterschrift)

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers: \_\_\_\_\_