



BSZ für Gesundheit und Sozialwesen | An der Markthalle | Chemnitz

## PRAXISANLEITERFORTBILDUNG

### INFORMATIONEN ZUR ANMELDUNG

**Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen:**

1. ausgefüllten Anmeldebogen
2. Nachweis über eine Berufsqualifikation im Bereich Sozialwesen oder der Kindheitspädagogik
3. Nachweis über eine mindestens zweijährige Berufstätigkeit in einem Arbeitsfeld eines Erziehers

**postalisch an:**

BSZ für Gesundheit und Sozialwesen  
Frau Anja Lindner  
An der Markthalle 10  
09111 Chemnitz

## ANMELDESCHLUSS 18.06.2024

### Was passiert danach?

Nach Erhalt der Anmeldung und Prüfung der Zugangsvoraussetzungen erhalten Sie den Teilnehmervertrag in zweifacher Ausführung und eine Rechnung über die Kursgebühr von 480 €. Sobald der Rechnungsbetrag und der unterschriebene Vertrag bei uns eingegangen sind, ist die Anmeldung zur Praxisanleiterfortbildung verbindlich.

**Bitte beachten Sie**, dass der Kurs erst ab 10 Personen stattfinden kann. Sollte bis zum Anmeldeschluß am die Mindestpersonenzahl nicht erreicht sein, erhalten Sie selbstverständlich auch keine Rechnung.

BITTE FÜLLEN SIE DAS FORMULAR LESERLICH UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUS.

VIELEN DANK!

# ANMELDUNG

Ich melde mich für die Praxisanleiterfortbildung vom 22.08.24-17.02.25 und zwei Reflexionen 06.25 und 08.25 am BSZ für Gesundheit und Sozialwesen in Chemnitz an.

## PERSÖNLICHE DATEN

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

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUR EINRICHTUNG

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZUM TRÄGER

Name des Trägers: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## RECHNUNGSANSCHRIFT

Institution/Name: \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine Daten gemäß Datenschutzrichtlinie vom BSZ für Gesundheit und Sozialwesen Chemnitz gemäß der DSGVO verarbeitet und genutzt werden dürfen.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass der Rechnungsempfänger sein **Einverständnis** zur Teilnahme und zur **Kostenübernahme** erklärt hat.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Leiter der Einrichtung

