



BSZ für Gesundheit und Sozialwesen | An der Markthalle | Chemnitz

## PRAXISANLEITERFORTBILDUNG

### INFORMATIONEN ZUR ANMELDUNG

→ Zugangsvoraussetzung für die Teilnahme an der Fortbildung für Praxisanleiter ist die Befähigung zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter gem. § 4 Abs. 2 und Abs. 3 (berufliche Zusatzqualifikation im Umfang von mind. 300 Stunden bzw. eine gleichgestellte Qualifikation)

**Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Anmeldebogen:**

**postalisch an:**

BSZ für Gesundheit und Sozialwesen  
Frau Ines Schröter  
An der Markthalle 10  
09111 Chemnitz

**Anmeldeschluss ist der 13.09.2024**

**Was passiert danach?**

Nach Erhalt der Anmeldung erhalten Sie den Teilnehmervertrag in zweifacher Ausführung und eine Rechnung über die Kursgebühr von 168 €. 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 13 Personen stattfinden kann. Sollte bis zum Anmeldeschluss am 13.09.2024 die Mindestpersonenzahl nicht erreicht sein, erhalten Sie selbstverständlich auch keine Rechnung.

BITTE FÜLLEN SIE DAS FORMULAR NACH DEM HERUNTERLADEN DIGITAL ODER  
HANDSCHRIFTLICH (IN DRUCKBUCHSTABEN) AUS. VIELEN DANK!

BSZ für Gesundheit und Sozialwesen   An der Markthalle 10   09111 Chemnitz E-Mail: <a href="mailto:I.Schroeter@bsz-gsc.de">I.Schroeter@bsz-gsc.de</a>   Internet: <a href="http://www.bsz-gsc.de/paf-pflege">www.bsz-gsc.de/paf-pflege</a>
---

# ANMELDUNG

Ich melde mich für die Praxisanleiterfortbildung am 18./19. und 21.11.2024  
am BSZ für Gesundheit und Sozialwesen in Chemnitz an.

## PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname:  geboren:   
Straße, Nr.  PLZ, Ort   
E-Mail:  Telefon:

## ANGABEN ZUR EINRICHTUNG

Einrichtung:   
Straße, Nr.  PLZ, Ort   
E-Mail:  Telefon:

## RECHNUNGSANSCHRIFT

Empfänger:   
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

