

# Anmeldung

Bildungszentrum Gesundheit und Soziales

Robert-Bosch-Straße 18

48153 Münster



## Alexianer

BILDUNGSZENTRUM  
GESUNDHEIT UND SOZIALES

Fort- und Weiterbildung

Bildungsangebot: **Berufspädagogische Fortbildung für Praxisanleiter** (§4 Abs. 3, PflAPrV)

Unterrichtszeiten: 08:00 Uhr bis 15:15 Uhr (8 Stunden)

Kosten: 139,00€ / Tag

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgendes Bildungsangebot an. Bitte ankreuzen.

Modul 13:

**„X, Y, Z, Babyboomer – Wie tickst du denn?“ – Generationenkonflikte in der Pflege**

Mi. 21.08.2024

Mi. 27.11.2024

Bitte achten Sie darauf, dass Sie das Anmeldeformular vollständig und leserlich (in Druckbuchstaben) ausfüllen!

Senden Sie die ausgefüllte und unterschriebene Anmeldung per Mail an: **s.dorn@alexianer.de**

oder per Fax an: **0251 / 484247 48105**

| Kontaktdaten teilnehmende Person |           |          |  |
|----------------------------------|-----------|----------|--|
| Anrede:                          | Nachname: | Vorname: |  |
| Berufsausbildung                 |           |          |  |
| Privatadresse                    |           |          |  |
| Handy o. Telefon                 |           | E-Mail   |  |

| Kontaktdaten Arbeitgeber                                                           |      |         |         |        |
|------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|---------|--------|
| Arbeitgeber                                                                        |      |         |         |        |
| Abteilung/<br>Einsatzort                                                           |      |         |         |        |
| Ansprechpartner:in<br>in der Einrichtung                                           | Name | Vorname | Telefon | E-Mail |
| Einrichtungsleitung                                                                |      |         |         |        |
| Stations- oder<br>Wohnbereichsleitung                                              |      |         |         |        |
| Pflichtfortbildungen<br>Praxisanleitung:<br>Wer erhält das<br>digitale Zertifikat? |      |         |         |        |

| Daten zur Rechnung |                                                                                                                  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rechnungsempfänger | <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich<br>wenn dienstlich → Name Ansprechpartner:in |
| Rechnungsadresse   |                                                                                                                  |

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine persönlichen Angaben zu lehrgangsorganisatorischen Zwecken elektronisch verarbeitet werden\*. Die Teilnahmebedingungen werden von mir akzeptiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Teilnehmende Person

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (Arbeitgeber/Stempel bei Kostenübernahme)

\* Datenschutzerklärung ist unter <http://www.zfg-muenster.de> einsehbar. Teilnahmebedingungen können aus den AGB entnommen werden.