

# Anmeldung

**Bildungszentrum Gesundheit und Soziales**

Robert-Bosch-Straße 18

48153 Münster



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

Seminarzeiten: 08:30 Uhr bis 15:45 Uhr (8 Stunden)

Kosten: 159,00€ / Tag

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

Modul 6:

**„Zwischen den Stühlen“ – Rollenkonflikte als Praxisanleitung, Kollegin und Pflegefachkraft**

☐ Di. 19.05.2026

**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 ⇒ bitte genau prüfen, Danke! |                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. Datenschutzerklärung ist unter <http://www.zfg-muenster.de> einsehbar. Teilnahmebedingungen können aus den AGB entnommen werden.

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmende Person

Datum, Unterschrift (Arbeitgeber/Stempel bei Kostenübernahme)