

Anmeldung

Bildungszentrum Gesundheit und Soziales

Robert-Bosch-Straße 18

48153 Münster



Alexianer

BILDUNGSZENTRUM
GESUNDHEIT UND SOZIALES

Fort- und Weiterbildung

Bildungsangebot: **Fortbildung Basiskurs Psychiatrie**
Seminarzeiten: 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr (halber Tag)
Kosten: 99,00€/halber Tag | 199,00 €/ganzer Tag

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

Modul 10:

ZfG FBPsyP 25-11-12 M10 Motivierende Gesprächsführung

Di. 12.11.2025

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

| DATEN ZUR RECHNUNG ⇒ bitte genau prüfen, Danke! | |
|---|---|
| Rechnungsempfänger | <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich <i>wenn dienstlich → Name Ansprechpartner:in</i> |
| 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)