

# Anmeldung

Bildungszentrum Gesundheit und Soziales

Robert-Bosch-Straße 18

48153 Münster



## Alexianer

BILDUNGSZENTRUM  
GESUNDHEIT UND SOZIALES

Fort- und Weiterbildung

Bildungsangebot: ZfG FBTV Fortbildung Therapie und Versorgung

Unterrichtszeiten: 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 04:

### Begegnung mit suizidgefährdeten Menschen – Prävention und Krisenintervention

Di. 02.09.2025

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

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

**WICHTIG:** Achten Sie bitte auf die richtige Rechnungsanschrift, da es für die spätere Bearbeitung sehr wichtig ist – vielen Dank!

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)