

Anmeldung

Bildungszentrum Gesundheit und Soziales

Robert-Bosch-Straße 18

48153 Münster



Alexianer

BILDUNGSZENTRUM
GESUNDHEIT UND SOZIALES

Fort- und Weiterbildung

Bildungsangebot: **FBFG Fortbildung Führen und Gestalten**

Unterrichtszeiten: 08:30 Uhr bis 13:00 Uhr

Kosten: 1.789,00 € Kursgebühr für 8 Termine:

| | |
|----------------------------|----------------|
| Do. 11.06.2026 | Do. 21.01.2027 |
| Do. 17.09.2026 | Do. 11.03.2027 |
| Do. 05.11.2026 | Do. 13.05.2027 |
| | Do. 15.07.2027 |
| | Do. 23.09.2027 |
| jeweils von 8:00 h-13:00 h | |

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

Thema 04:

„Zwischen Anspruch und Verantwortung“ - Führungskompetenz wirksam leben
Jahresbegleitendes Coaching in konstanter Gruppe

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> | Name | Vorname | Telefon | E-Mail |
| Einrichtungsleitung | | | | |
| Stations- oder Wohnbereichsleitung | | | | |
| Pflichtfortbildungen Praxisanleitung: Wer erhält das digitale Zertifikat? | | | | |
| Daten zur Rechnung | | | | |
| Rechnungsempfänger | <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich <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)