



**Berufsausbildungszentrum Altenpflegeschule Selbelang**  
Dorfstraße 8 - 10, 14641 Paulinenaue, Tel. (033237) 88227, Fax (033237) 89005  
**Sitz der Gesellschaft:** Ketziner Straße 19, 14641 Nauen  
E-Mail: info@agp-havelland.de, Homepage: www.havelland-kliniken.de

---

**Anmeldeformular**  
**Qualifizierung Praxisanleiter (200 h)**

- Zeitraum:**        **1. Kurs:** 08.01.2018 - 03.08.2018  
                      **2. Kurs:** 20.08.2018 - 16.11.2018

---

Name Vorname

---

Straße, Nr. PLZ, Wohnort

---

Geburtsdatum Telefonnummer

---

derzeitiger Arbeitgeber (Einrichtung)

Hiermit melde ich mich verbindlich für die o. g. Maßnahmen an.

**Kosten:**            1.100,00 €

**Finanzierung:** (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Eigenfinanzierung  Finanzierung durch Einrichtung

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Teilnehmer/in

---

Stempel, Unterschrift Einrichtung

Teilnahmebedingungen:

Absagen müssen generell schriftlich zu erfolgen. Bis 8 Wochen vor Kursbeginn sind diese kostenfrei, danach berechnen wir Ihnen 50 % der Kursgebühr. Bei Absagen weniger als 5 Tage vor Beginn, zu Kursbeginn oder bei Nichterscheinen stellen wir den Gesamtbetrag in Rechnung. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass anstelle der angemeldeten Person eine andere Person am Kurs teilnimmt. In diesem Fall bitten wir um unverzügliche Mitteilung.

Die Fortbildung findet mit mindestens 11 Teilnehmern statt!