

# ANMELDEFORMULAR

## Kenntnisprüfung für die Qualifizierung internationaler Fachkräfte

Hiermit melde ich mich verbindlich für den  
Vorbereitungskurs / die Kenntnisprüfung an:

Kursbezeichnung:

Kursdatum:

### Angaben zum/zur Kursteilnehmer:in:

Geschlecht:  weibl.  männl.  div.

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

### Anschrift in Deutschland:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Telefon/Mobil:

E-Mail-Adresse:

### Angaben zu Ihrer Berufsausbildung / Vorbildung:

Berufsbezeichnung:

seit:

B2 liegt vor:  ja  nein Feststellungs-/Defizitbescheid liegt vor (bitte der Anmeldung beifügen):  ja  nein

### Angaben zur Prüfungseinrichtung:

Name:

Straße und Hausnummer:

Telefon:

PLZ und Ort:

### Angaben zum Arbeitgeber:

Name:

Straße und Hausnummer:

Telefon:

PLZ und Ort:

Art der Tätigkeit / seit:

Rechnungslegung an:  Kursteilnehmer:in  Arbeitgeber

### Rechnungsanschrift:

Arbeitgeber / Kursteilnehmer:in:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

- Ich bin mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Akademie der Gesundheit einverstanden.  
 Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiert.  
 Ich habe alle Felder vollständig ausgefüllt.

Bitte das Formular an:

 qifk@gesundheit-akademie.de

Formular drucken

Per E-Mail senden

(Versand dauert einen Moment)