

ANMELDEFORMULAR

Kenntnisprüfung für die Qualifizierung internationaler Fachkräfte

Akademie der Gesundheit e.V.



Schwanebecker Chaussee 4 E-H, 13125 Berlin
www.gesundheit-akademie.de
Tel. 030-94 03 06-90
a.schubert@gesundheit-akademie.de

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

Kursbezeichnung:

Kursdatum:

Angaben zum Kursteilnehmenden:		Geschlecht:	weibl.	männl.	div.
Name:		Vorname:			
Geburtsname:		Geburtsdatum:			
Geburtsort:		Staatsangehörigkeit:			

Anschrift in Deutschland:	
Str./Nr.:	PLZ 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:	Str./Nr.:
Telefon:	PLZ Ort:

Angaben zum Arbeitgeber:	
Name:	Str./Nr.:
Telefon:	PLZ Ort:
Art der Tätigkeit / seit:	

Rechnungslegung an: Kursteilnehmer:in Arbeitgeber Bildungsgutschein

Rechnungsanschrift:

Arbeitgeber / Kursteilnehmer:in:

Str./Nr.:

PLZ 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:

j.georgi@gesundheit-akademie.de

Formular drucken

Per E-Mail senden