



Kostenübernahme

Hiermit wird bestätigt, dass die

Einrichtung _____
Straße/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Ansprechpartner _____
Telefon _____
EMail _____

die Kosten der „Weiterbildung zur Leitung einer pflegerischen Einheit“ für
den kommenden Kurs beginnend ab dem 07. Juni 2020

für den/die

Teilnehmer/in _____

übernimmt.

Ort/Datum

Unterschrift

Bitte die Kostenübernahme der Anmeldung des Teilnehmers beifügen.