

Anmeldeformular Berufsbildner/innen

Grundkurs

- | | | |
|------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> Wochenkurs 1 | Montag bis Freitag | 21.01.2019 – 25.01.2019 |
| <input type="radio"/> Tageskurs 1 | jeweils dienstags, 5 x | 30.04.2019 – 28.05.2019 |
| <input type="radio"/> Wochenkurs 2 | Montag bis Freitag | 26.08.2019 – 30.08.2019 |
| <input type="radio"/> Tageskurs 2 | jeweils dienstags, 5 x | 29.10.2019 – 26.11.2019 |

Weiterbildungsmodule

- | | | | |
|-------------------------------|----------|------------|-------------------|
| <input type="radio"/> Modul 1 | Montag | 18.02.2019 | 14.00 – 16.30 Uhr |
| <input type="radio"/> Modul 2 | Dienstag | 26.03.2019 | 14.00 – 16.30 Uhr |
| <input type="radio"/> Modul 3 | Montag | 13.05.2019 | 14.00 – 16.30 Uhr |
| <input type="radio"/> Modul 4 | Montag | 17.06.2019 | 14.00 – 16.30 Uhr |
| <input type="radio"/> Modul 5 | Mittwoch | 11.09.2019 | 18.00 – 20.30 Uhr |
| <input type="radio"/> Modul 6 | Mitwoch | 30.10.2019 | 18.00 – 20.30 Uhr |

Teilnehmer/in

Anrede	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>		Sozialversicherungs-Nr.	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>		Heimatort	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>		Telefon P	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>		Telefon G	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		Mobile	<input type="text"/>

Arbeitgeber

Firma	<input type="text"/>		
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>

Rechnungsadresse

- Teilnehmer/in Arbeitgeber andere (bitte aufführen)

Ausbildender Beruf

- Pharma-Assistent/-innen Detailhandelsfachleute/-assistent/-innen

andere (bitte aufführen):

Der/Die Unterzeichnende hat von den Kursbestimmungen Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Unterschrift