

Anmeldeformular Berufsbildner/innen

Grundkurs

- | | | |
|------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> Wochenkurs 1 | Montag bis Freitag | 20.01.2020 – 24.01.2020 |
| <input type="radio"/> Tageskurs 1 | jeweils dienstags, 5 x | 28.04.2020 – 26.05.2020 |
| <input type="radio"/> Wochenkurs 2 | Montag bis Freitag | 24.08.2020 – 28.08.2020 |
| <input type="radio"/> Tageskurs 2 | jeweils dienstags, 5 x | 27.10.2020 – 24.11.2020 |

Weiterbildungsmodule

- | | | | |
|-------------------------------|----------|------------|-------------------|
| <input type="radio"/> Modul 1 | Montag | 17.02.2020 | 14.00 – 16.30 Uhr |
| <input type="radio"/> Modul 2 | Montag | 23.03.2020 | 14.00 – 16.30 Uhr |
| <input type="radio"/> Modul 3 | Montag | 11.05.2020 | 14.00 – 16.30 Uhr |
| <input type="radio"/> Modul 4 | Montag | 15.06.2020 | 14.00 – 16.30 Uhr |
| <input type="radio"/> Modul 5 | Mittwoch | 02.09.2020 | 18.00 – 20.30 Uhr |
| <input type="radio"/> Modul 6 | Mittwoch | 28.10.2020 | 18.00 – 20.30 Uhr |
| <input type="radio"/> Modul 7 | Montag | 16.11.2020 | 14.00 – 16.30 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