

Anmeldeformular Berufsbildner/-innen

Grundkurs

- | | | |
|------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> Wochenkurs 1 | Montag bis Freitag | 24.01.2022 – 28.01.2022 |
| <input type="radio"/> Tageskurs 1 | jeweils dienstags, 5 x | 26.04.2022 – 24.05.2022 |
| <input type="radio"/> Wochenkurs 2 | Montag bis Freitag | 29.08.2022 – 02.09.2022 |
| <input type="radio"/> Tageskurs 2 | jeweils dienstags, 5 x | 01.11.2022 – 29.11.2022 |

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 / Fachleute Apotheke Detailhandelsfachleute/-assistent/-innen

andere (bitte aufführen):

Der/Die Unterzeichnende hat von den Kursbestimmungen Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Unterschrift