

# Anmeldeformular Berufsbildner/-innen

## Grundkurs

- |                                    |                        |                         |
|------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> Wochenkurs 1 | Montag bis Freitag     | 23.01.2023 – 27.01.2023 |
| <input type="radio"/> Tageskurs 1  | jeweils mittwochs, 5 x | 26.04.2023 – 24.05.2023 |
| <input type="radio"/> Tageskurs 2  | jeweils dienstags, 5 x | 22.08.2023 – 19.09.2023 |
| <input type="radio"/> Tageskurs 3  | jeweils freitags, 5 x  | 03.11.2023 – 01.12.2023 |

## 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