

Anmeldeformular Berufsbildner/-innen

Weiterbildung

Grundkurs

- | | | |
|------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| ☐ Wochenkurs 1 | Montag bis Freitag | 25.01.2027 – 29.01.2027 |
| ☐ Tageskurs 1 | jeweils mittwochs, 5 x | 28.04.2027 – 26.05.2027 |
| ☐ Tageskurs 2 | jeweils dienstags, 5 x | 24.08.2027 – 21.09.2027 |
| ☐ Tageskurs 3 | jeweils freitags, 5 x | 05.11.2027 – 03.12.2027 |

Teilnehmer/in

Anrede	☐ Frau ☐ Herr	Geburtsdatum	
Name		Sozialversicherungs-Nr.	
Vorname		Heimatort	
Strasse		Telefon P	
PLZ/Ort		Telefon G	
E-Mail		Mobile	

Arbeitgeber

Firma			
Strasse		PLZ/Ort	

Rechnungsadresse

- ☐ Teilnehmer/in ☐ Arbeitgeber ☐ andere (bitte aufführen)

Ausbildender Beruf

- ☐ Fachleute Apotheke ☐ Detailhandelsfachleute/-assistent/-innen

- ☐ andere (bitte aufführen):

Der/Die Unterzeichnende hat von den Kursbestimmungen Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Unterschrift



bsd. Bern
Postgasse 66
3011 Bern
Tel. 031 327 61 11
www.bsd-bern.ch
weiterbildung@bsd-bern.ch