

Anmeldung

Qualifizierung zum Helfer*in in der Pflege

Kurs Nummer: _____

☐ männlich

☐ weiblich

☐ divers

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Kostenübernahme:

1. Bildungsgutschein ☐

2. Arbeitgeber ☐

3. Selbstzahler ☐

Rechnungsadresse (falls abweichend vom Teilnehmer*in)

Name der Einrichtung

Ansprechpartner

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Informationspflichten zum Datenschutz und die Widerrufsbelehrung habe ich zur Kenntnis genommen (zu finden unter: www.kvhs-vechta.de / im Programmheft / oder im Aushang in den Geschäftsstellen). Ich willige zudem ein, dass meine personenbezogenen Daten von der Kreisvolkshochschule Vechta e. V. im Rahmen der Veranstaltungs- und Zahlungsabwicklung verwendet werden dürfen (siehe auch § 8 AGB).

Datum, Unterschrift Teilnehmer*in