

Zentrum für Pflegeberufe Nea, Goethestraße 6, 91443 Scheinfeld

Name	Andrea Hirsch
	Schulleitung
Telefon	09162 388970
Telefax	09162 38897-200
E-Mail	verwaltung@pflegeschule-nea.de
Datum	29.09.2025

Angaben zur Fort-/Weiterbildung (Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name der Fort-/Weiterbildung*	Teilnahmegebühr*
Kursort*	Kursstart*

Angaben zur Person; ohne diese Angaben ist keine Anmeldung möglich
(Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Anrede	Name*, Vorname*
--------	-----------------

Geburtsdatum*	Geburtsort*	Geburtsland*
Staatsangehörigkeit*	Bei Migration Zuzug Deutschland*	

Straße und Hausnummer*	PLZ*	Wohnort*
------------------------	------	----------

Handy oder Telefon*	E-Mail * bitte in Druckbuchstaben!
Tätig als	Beruf/Qualifizierung

Rechnungstellung: Die Rechnung senden wir bei Kursbeginn oder vor dem Auffrischungsseminar.
Monatliche Ratenzahlung ist für unsere Kurse gerne möglich.

☐	Ich bin Selbstzahler. Bitte die Rechnung an meine persönliche Anschrift senden.
☐	Mein Arbeitgeber übernimmt die Teilnahmegebühr. (Bitte die Kostenübernahme unten mit Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers bestätigen lassen.)
☐	Anderer Kostenträger:

Bitte nur dann ausfüllen, wenn der Arbeitgeber oder andere Kostenträger die Teilnahmegebühr übernehmen.

Angaben zum Arbeitgeber/ Arbeitsfeld	Rechnungsadresse, wenn abweichend vom Arbeitgeber
Firma/Einrichtung*	Firma/Einrichtung*
Anschrift*	Anschrift*
E-Mail*	E-Mail*für Rechnungszustellung

*Pflichtfelder bitte ausfüllen

Datum, Unterschrift Einrichtung (bei Kostenübernahme durch den Arbeitgeber bitte zusätzlich Stempel)	Datum, Unterschrift Teilnehmende/r