

# Anmeldung zur Fort- und Weiterbildung

**apm gGmbH**  
**Akademie für Pflegeberufe und Management**  
**Alte Straße 65**  
**44143 Dortmund-Körne**

per Fax: 0231 5677038-27

- Bitte melden Sie untenstehende/n Teilnehmer/in verbindlich zum unten angegebenen Kurs an!  
 Bitte senden Sie mir Informationen zum unten angegebenen Kurs zu!

**apm-Fortbildungstitel:** \_\_\_\_\_

**apm-Seminarort:** \_\_\_\_\_

**Termin / Beginn:** \_\_\_\_\_

**bpa-Mitglied:**  ja, Mitglied-Nr.: \_\_\_\_\_  nein

**Kosten / bpa-Mitglied:** ..... € **Kosten / Nichtmitglied:** ..... €

*Zur Vermeidung von Fehlern und Rückfragen bitten wir Sie, die Angaben leserlich zu schreiben. Vielen Dank!*

<b>Name, Vorname des/der Teilnehmers/-in:</b> (Bitte in jedem Fall ausfüllen!)			
<b>Die Anmeldung erfolgt über die unten genannte Firma, die auch Rechnungsempfängerin ist.</b>		<b>Ich nehme an dieser Veranstaltung privat teil. Daher bitte ich um Zusendung der Anmeldebestätigung und der Rechnung an unten genannte private Anschrift.</b>	
Firma			
Straße/Hausnr.		Straße/Hausnr.	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Ansprechpartner/-in			
Telefon/Mobil		Telefon/Mobil	
E-Mail		E-Mail	
Fax		Fax	

**Ja, ich beantrage eine Förderung**

**wichtiger Hinweis zum Bildungsscheck:** Beachten Sie bitte, dass es eine private sowie eine betriebliche Förderung gibt. Wenn die Anmeldung über den Arbeitgeber erfolgt, muss der Bildungsscheck auch auf den Arbeitgeber ausgestellt sein. Die Förderung muss 3 Wochen vor Seminarbeginn in der Hauptverwaltung in Dortmund vorliegen!

**Ja, ich wünsche Ratenzahlung (bei Förderungen ist keine Ratenzahlung möglich!)**

**Hinweis zur Ratenzahlung:** Es ist eine Anzahlung sofort fällig und pro Rate ein Verwaltungsmehraufwand in Höhe von 10 Euro zu leisten!

**Verpflegung:** An vielen Schulungsorten ist ein Mittagessen in nahe liegender Gastronomie, Imbissstuben oder Bäckereien möglich.

Hiermit akzeptiere ich die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen** der apm gGmbH Akademie für Pflegeberufe und Management. Ich habe die **Widerrufsbelehrung** zur Kenntnis genommen und bin mit der **Nutzung meiner Kontaktdaten und Aufbewahrung meiner Zertifikatsunterlagen laut Erklärung** einverstanden. (Diese Unterlagen können auf unserer Homepage [www.apm-nrw.de](http://www.apm-nrw.de) eingesehen werden.)

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift / Stempel \_\_\_\_\_