

SÜDGRUPPE

Kostenübernahmeerklärung

Bitte von kostentragender Stelle ausgefüllt und unterschrieben mit den Anmeldungsunterlagen zurücksenden.

Hiermit bestätige/n wir / ich

Name und Adresse der kostentragenden Stelle

Straße

PLZ / Ort

Tel. Nr.

dass wir / ich die Kosten für die

Weiterbildung zur
PraxisbegleiterIn Basale Stimulation® in der Pflege

für Frau / Herrn

Name des Weiterbildungsteilnehmers

Straße

PLZ / Ort

rechtsverbindliche Unterschrift des Kostenträger

Datum