

## Kostenübernahmeerklärung Arbeitgeber

Hiermit übernehmen wir die Kosten für die  
Betreuungskräfte Nachschulung

Datum: \_\_\_\_\_

in Höhe von 130,00 €

für Frau/Herrn: \_\_\_\_\_

Mit den AGB der Pflegefachschule Hannover gGmbH  
(einsehbar unter [www.pfsh.de](http://www.pfsh.de)) erklären wir uns einverstanden.

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel: \_\_\_\_\_

Kostenträger

Bitte senden Sie uns das Formular vollständig ausgefüllt per Post, per E-Mail an  
info@pfsh.de oder per Fax an 05131-706887 zu.