

Kostenübernahmeerklärung Arbeitgeber

Hiermit übernehmen wir die Kosten für die
Betreuungskräfte Nachschulung

Datum: _____

Termin März / Mai / August / September / Oktober: in Höhe von 139,00 €
Termin Dezember: in Höhe von 149,00 €

für Frau/Herrn: _____

Mit den AGB der Pflegefachschule Hannover gGmbH
(einsehbar unter 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.