

Kostenübernahmeerklärung Arbeitgeber

Hiermit übernehmen wir die Kosten für die
Betreuungskräfte Nachschulung

Datum: _____

Termin Februar / Mai / September / November: in Höhe von 159,00 €

Termin Juni / Oktober: in Höhe von 169,00 €

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 an:

- per Post an Am Heidehaus 1b, 30419 Hannover
- per E-Mail an info@pfsh.de
- per Fax an 0511-36736 96500