



Interdisziplinäre Praxisanleiter-Weiterbildung

- ☐ Kurs I/2026 ab 19.01.2026
- ☐ Kurs II/2026 ab 20.07.2026

Name, Vorname

Berufsbezeichnung

Klinik/Arbeitgeber

Kostenübernahme: ☐ Selbstzahler ☐ Arbeitgeber

Rechnungsadresse

Telefon

Telefax

Email

Hiermit erkenne ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) des Bildungszentrums für Berufe im Gesundheitswesen an.

Datum Unterschrift

Bitte ausfüllen und senden an:

Eingang der Anmeldung bestätigt
vom Bildungszentrum auszufüllen

Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen:
Westküstenkliniken Heide
Esmarchstraße 50, 25746 Heide
Telefon: 04 81/785-29 01
Telefax: 04 81/785-29 09
gabriele.hinrichs@wkk.sh
www.westkuestenklinikum.de/bildungszentrum