

Fortbildungsvorort

Fichtenstraße 59  
58239 Schwerte

**Anmeldung zur Ausbildung  
Fachbegleitung für Menschen mit Demenz**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon, Handy \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Empfohlen von \_\_\_\_\_

Die Ausbildungsgebühr beträgt bei:

- Einmalzahlung 1.498,00 €     8 Monatsbeträgen a 195,00 €  
 Nachlassberechtigt     Bildungsscheck NRW anbei     Bildungsprämie

Verpflegungswünsche: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_