



Kostenübernahmeerklärung Schulfremdenprüfung Altenpflegehilfe

Bitte leserlich und vollständig ausfüllen und innerhalb von 14 Tagen zurücksenden

Der Arbeitgeber verpflichtet sich, die für den Teilnehmenden anfallenden Kosten zu übernehmen.

Arbeitgeber _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Ansprechperson _____

E-Mail (der Ansprechperson) _____

Tel. (der Ansprechperson) _____

Teilnehmer/in _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

- Vorbereitungskurs 1.490,- €
- Prüfung 500,- €
- Vorbereitungskurs und Prüfung 1.990,- €

- Die Rechnungsstellung erfolgt durch das Diakonische Institut für Soziale Berufe direkt an den Arbeitgeber
- Die Teilnahme und Zahlungsbedingungen für die Schulfremdenprüfung des Diakonischen Instituts für Soziale Berufe werden hiermit vom Arbeitgeber anerkannt

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Hinweise zum Datenschutz, zu finden unter www.diakonisches-institut.de, werden hiermit anerkannt.

Ort, Datum _____

Unterschrift, Stempel der Firma _____