

Kostenübernahmeerklärung Weiterbildung

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

Arbeitgeber

Arbeitgeber	
Träger	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ansprechperson	
E-Mail (Ansprechperson)	
Tel. (Ansprechperson)	

Kursteilnehmer*in

Vorname	
Nachname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Weiterbildung

Weiterbildungstitel	
Beginn Weiterbildung	
Kosten	

- Die Rechnungsstellung erfolgt durch das Diakonische Institut für Soziale Berufe direkt an den Arbeitgeber
- Die Teilnahme und Zahlungsbedingungen für die Weiterbildung 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 Arbeitgeber