

## Kostenübernahmeverklärung Kenntnisprüfung

Der Arbeitgeber verpflichtet sich, die für den Teilnehmenden anfallenden Kosten, für folgende Leistungen zu übernehmen:

- Vorbereitungskurs**
- Kenntnisprüfung**
- Vorbereitungskurs und Kenntnisprüfung**

### Arbeitgeber

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

### Teilnehmer\*in

Vorname	
Nachname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

- Die Rechnungsstellung erfolgt durch das Diakonische Institut für Soziale Berufe direkt an den Arbeitgeber
- Die Teilnahme und Zahlungsbedingungen für die Kenntnisprüfung 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](http://www.diakonisches-institut.de), werden hiermit anerkannt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift + Stempel Arbeitgeber