

Weiterbildungsvertrag

Weiterbildungskurs: **Jahresfortbildung Hygienebeauftragte/r in Pflegeeinrichtungen oder im Rettungsdienst**

Zeitraum: **07.10.2021**

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort _____

Anschrift: _____

Telefon / E-Mail: _____

Beruf / Tätigkeit: _____

Beschäftigt bei: _____

Rechnungsanschrift: _____

Lehrgangskosten: 65,00 €

Ausbildungsort: mediCampus Gesundheitsfachberufe
F + U Sachsen gGmbH
Rochlitzer Straße 29
09111 Chemnitz

Die Ausbildungs-, Teilnahme- und Zahlungsbedingungen werden anerkannt:

Ort, Datum: _____ Unterschrift Teilnehmer: _____

Bei Kostenübernahme durch Dritte
Stempel, Unterschrift des
Rechnungsempfängers: _____

Ort, Datum: _____
Stempel, Unterschrift
Ausbildungseinrichtung: _____

Datenschutzhinweis:

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter <https://www.fuu-sachsen.de/datenschutz>