



Anmeldebogen Schulung nach §45a SGB XI

Bitte entsprechende Schulung ankreuzen.

Frühling 2024

Herbst 2024

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ; Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Meine Fragen zur Schulung

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Helfer-Schulung bei der Alzheimer Gesellschaft Landkreis München e.V. an.

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten incl. Datenschutzerklärung

→ Separates Formular bitte ausfüllen!

Datum

Unterschrift Teilnehmer*in