



Anmeldebogen Schulung nach §45a SGB XI

Bitte entsprechende Schulung ankreuzen.

Frühling 2025

Herbst 2025

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ; Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Meine Fragen zur Schulung

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Schulung für ehrenamtliche Helfende 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