

Kostenübernahmeerklärung

Teilnehmende Person:

Name: _____

Vorname: _____

Hiermit wird die Übernahme der Kosten des Anpassungslehrgangs für Hebammen aus Drittstaaten bestätigt als:

- Selbstzahler*in
- Bildungsgutschein
- Übernahme der Kosten durch den*die Arbeitgeber*in / das Krankenhaus

Höhe der Kosten in €: _____

Rechnungsanschrift:

Behörde/ Unternehmen: _____

Ansprechpartner*in: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

- Hiermit wird bestätigt, dass alle oben aufgeführten Informationen korrekt sind. Nach Erhalt der Rechnung erfolgt der Ausgleich des Rechnungsbetrages bis 26.09.2023.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Stempel