

## Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, (Vorname/ Nachname) \_\_\_\_\_,  
dass die Teilnahmegebühr für den „pädagogischen Fachtag für Praxisanleiter\*innen im  
Hebammenstudium“ am \_\_\_\_\_ (Datum)  
am Zentrum für Fort- und Weiterbildung der Evangelischen Hochschule Berlin  
für (Vorname/ Nachname) \_\_\_\_\_  
wohnhaft in \_\_\_\_\_  
von \_\_\_\_\_ übernommen wird.

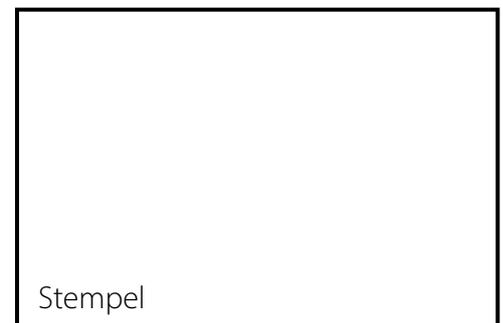
Bitte schicken Sie die Rechnung an folgende Anschrift:

Rechnungsadresse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E-Mailadresse Kostenträger\*in:

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift