

Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, (Vorname/ Nachname) _____,

dass die Teilnahmegebühr für die Fortbildung (Name des Kurses/ der Weiterbildung)

am/von – bis _____ (Datum/ Zeitraum)

am Zentrum für Fort- und Weiterbildung (ZFW) der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) für

(Vorname/ Nachname Teilnehmer*in) _____,

wohnhaft in (Adresse) _____

von (Kostenträger*in) _____ übernommen wird.

Bitte schicken Sie die Rechnung an folgende Anschrift:

Rechnungsadresse:

E-Mailadresse Kostenträger*in:

Ort und Datum



Unterschrift