



Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, (Vorname) _____ (Nachname) _____,

dass die Teilnahmegebühr für die Fortbildung/den Zertifikatskurs

am/ von - bis (Datum) _____ am Zentrum für Fort- und Weiterbildung der
Evangelischen Hochschule Berlin für (Name) _____,

wohnhaft in _____

von (Name Kostenträger:in) _____

übernommen wird.

Bitte schicken Sie die Rechnung an folgende Anschrift:

Rechnungsadresse Kostenträger:in:

E-Mailadresse Kostenträger:in:

Stempel _____

Ort und Datum

Unterschrift Kostenträger:in