



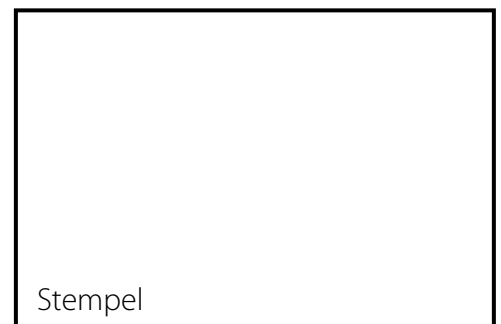
Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, (Vorname/ Nachname) _____,
dass die Teilnahmegebühr für die Weiterbildung „Algesiologische Fachassistenz – Pain Nurse“
am _____ (Start Juni 2023)
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