



## Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, (Vorname) \_\_\_\_\_ (Nachname) \_\_\_\_\_, dass die

Teilnahmegebühr für den **Fortbildungstag Pflegewissenschaft**

**am** \_\_\_\_\_ **(Datum des gewählten Fortbildungstages)**

am Zentrum für Fort- und Weiterbildung der Evangelischen Hochschule Berlin für Frau/Herrn

\_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ übernommen wird.

Bitte schicken Sie die Rechnung an folgende Anschrift:

Rechnungsadresse:

\_\_\_\_\_

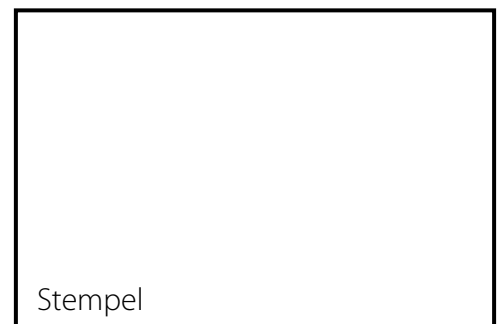
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mailadresse Kostenträger:

\_\_\_\_\_



Stempel

\_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift