

Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, Frau/Herr _____,

dass die Teilnahmegebühr für die Fortbildung „Kollegiale Beratung für

Praxisanleitende in Pflege- und Gesundheitsberufen“ 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:

Berlin, ____:____:_____

Stempel

Unterschrift