

## Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_,  
dass die Teilnahmegebühr für den Weiterbildungskurs „Praxisanleitung für  
Hebammen“ am \_\_\_\_\_ (Datum)  
am Zentrum für Fort- und Weiterbildung der Evangelischen Hochschule Berlin für  
\_\_\_\_\_  
wohnhaft in \_\_\_\_\_  
von \_\_\_\_\_ übernommen wird.

Bitte schicken Sie die Rechnung an folgende Anschrift:

Rechnungsadresse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E-Mailadresse Kostenträger:

\_\_\_\_\_

Stempel
---------

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift