

Kostenübernahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, Frau/Herr _____,
dass die Teilnahmegebühr für das vorbereitende Studienangebot zum
Masterstudiengang „Gesundheit/Pflege – Berufspädagogik“ (Propädeutikum 2021)
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