

## Anmeldung zur gesetzlich vorgeschriebenen Nachschulung für Betreuungskräfte nach §§53c+43b +87b SGB XI

Name : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnummer : \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort : \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_

Arbeitgeber : \_\_\_\_\_

### Bitte ankreuzen :

Kostenübernahme:     Selbstzahler                       Arbeitgeber

Zahlungsart:             Komplettzahlung    (1 x 90,00 €)

Datum : \_\_\_\_\_            Unterschrift : \_\_\_\_\_

Stempel des Arbeitgebers :

Anmeldung per Telefon, Fax oder E-Mail an [kontakt@lofb.de](mailto:kontakt@lofb.de)