

**Anlage 1**

**zum Kooperationsvertrag über die Ausbildung von Pflegefachfrauen und -männern im Ausbildungsverbund  
Bildungszentrum Eifel-Mosel vom 01.01.2020:**

**Träger der praktischen Ausbildung:**

<b>Trägername: Straße, Hausnummer PLZ Ort Name(n) des Trägervertreters mit Funktion: z.B. Geschäftsführung bzw. zeichnungsberechtigt</b>	<b>Einrichtungen: Ggf. Standorte: Straße, Hausnummer PLZ Ort Name(n) der Einrichtungsleitung mit Funktion: z.B. Pflegedirektion / Pflegedienstleitung</b>	<b>Ort:  Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Träger der praktischen Ausbildung