

**Anmeldeformular  
Funktionsweiterbildung  
Führen und Leiten einer Pflege- oder Funktionseinheit in der Akut- und Langzeitpflege**

**Rückmeldung an:**

Bildungszentrum Eifel-Mosel  
Evelyn Marx  
Petrusstraße 2  
54516 Wittlich

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

Privat Telefon / Handy-Nr. \_\_\_\_\_

Private E-Mail: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnr.  
der Pflegekammer RLP \_\_\_\_\_

Kostenübernahme Ja  Nein

Dienstgeber

5999 Euro (zzgl. Gebühren zur Prüfungszulassung und Ausstellung der Urkunde)

**Rechnungsanschrift** (sofern diese von den o. g. privaten Daten abweicht)  
**(als Rechnungsempfänger bitte unbedingt eine E-Mail-Adresse angeben!)**

Einrichtung/Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail (Rechnung): \_\_\_\_\_

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

E-Mail dienstlich: \_\_\_\_\_

**Bitte Befürwortung des Dienstgebers über die Arbeitsfreistellung beifügen.  
(Gerne können Sie dafür unsere Formularvorlage benutzen.)**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber