

Anmeldung – Weiterbildungslehrgang zum/r Diabetesassistent/-in DDG

Teilnehmer/in:

Name: _____

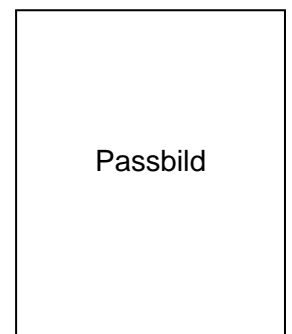
Vorname: _____

Geburtsdatum/Ort: _____

Privatanschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon/Fax: _____



Angaben zur delegierenden Arztpraxis, Klinik oder medizinischen Einrichtung:

Bezeichnung: _____

Anschrift: _____

Telefon/Fax/E-Mail: _____

Abgeschlossene Berufsausbildung:

- Medizinische(r) Fachangestellte(r)
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in
- Diätassistent/in
- Altenpfleger/in
- Medizinisch-technische Assistentin
- Pharmazeutisch-technische Assistentin

Abgeschlossenes Studium:

- Gesundheits- und Pflegewissenschaftler
- Pflegepädagoge
- Berufspädagoge für Pflege
- Ernährungswissenschaftler/-in
- Oecotrophologe(in) (FH)
- Hebamme

Anlagen:

- Nachweis über abgeschlossene Berufsausbildung oder Studium (Kopie)
- Tabellarischer Lebenslauf

Falls bereits vorhanden:

- Teilnahmebescheinigungen über zwei Schulungsprogramme, die von der DDG anerkannt sind (siehe Weiterbildungs- und Prüfungsordnung, Anlage 3)
- Anmeldebestätigung über eine geplante Hospitation über 40 Stunden (Hospitationszeitraum: zwischen 1. und 2. Block)

Teilnahmegebühren:

Die Kosten des Weiterbildungskurses betragen **1300,00 EUR (inkl. Zertifikats- und Prüfungsgebühr)**. Die Bezahlung erfolgt nach Rechnungserhalt auf das Konto des DZT e.V.

Stornierungsgebühren:

Für bereits gebuchte Plätze erheben wir bei Absage folgende Stornogebühren:
8 bis 4 Wochen vor Kursbeginn: 25% der Kursgebühren (entspricht 325 EUR)
weniger als 4 bis 2 Wochen vor Kursbeginn: 50% der Kursgebühren (entspricht 650 EUR)
weniger als 2 Wochen vor Kursbeginn: 100% der Kursgebühren (entspricht 1300 EUR)

Ich melde mich bzw. meine(n) Mitarbeiter(in) zum Weiterbildungslehrgang Diabetesassistent/-in DDG im Diabeteszentrum Thüringen e.V. in der Zeit vom 13.06. bis 24.06.2022 (1. Block) und 28.11. bis 09.12.2022 (2. Block) verbindlich an. Die Weiterbildungs- und Prüfungsordnung ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber/in