

## Teilnahme-Vertrag

**Kursbezeichnung:** *Lernort Praxis - Praktikant:innen in sozialpädagogischen Ausbildungen qualifiziert anleiten*

---

**Termin:** 25.09.2025 bis 13.02.2026

---

### Persönliche Daten (bitte in Blockschrift ausfüllen):

Name:

---

Vorname:

Geburtsdatum:

---

Straße:

---

PLZ, Wohnort:

---

Tel.:

---

E-Mail:

---

### Von der Privatanschrift abweichende Rechnungsadresse:

Firma:

---

Anschrift:

---

### Verbindliche Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich für die oben genannte Fort- bzw. Weiterbildung an. Die Einzelheiten zur Veranstaltung sowie die entstehenden Kosten ergeben sich aus der Kursbeschreibung, die ich als Anlage erhalten habe, die genannten Bedingungen sind mir bekannt. Ich erkenne die Allgemeinen Geschäfts- und Teilnahmebedingungen (AGB) des BBZ Rendsburg-Eckernförde an.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Bei Kostenübernahme durch Dritte:

Die Anmeldung sowie die Anerkennung der AGB und die Kostenübernahme werden hiermit bestätigt.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift