



## Anmeldeformular (bitte in Blockschrift ausfüllen)

**Verkürzter Zertifikatslehrgang SVEB Kursleiter/in**

**Anmeldung für Kurs – Nr. \_\_\_\_\_**

Anrede  Frau  Herr \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Heimatort, Kanton \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Geschäftsname \_\_\_\_\_

Abteilung (Bezeichnung) \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft, direkt \_\_\_\_\_

Das Anmeldeformular muss vollständig und korrekt ausgefüllt eingereicht werden.  
Kopien der Fähigkeitsausweise/Diplome sind beizulegen. Unvollständige  
Anmeldungen werden nicht berücksichtigt.

**Bitte einsenden an:**

Berner Bildungszentrum Pflege  
z.Hd. Herr Lamine Seye  
Fachbereich Weiterbildung  
Freiburgstrasse 133  
3008 Bern



**Berufsausbildung**

Diplom / Fähigkeitszeugnis (Kopie beilegen)  
Berufsausbildung:  
Datum / Abschlussjahr

---

Diplom Berufsbildnerin / (Kopie beilegen)  
Berufsbildner in Lehrbetrieben  
Datum / Abschlussjahr

---

**oder**

Zertifikat (Kopie beilegen)  
Praxisbegleiterin/Praxisbegleiter  
Basale Stimulation®  
Datum / Abschlussjahr

---

**Vorbildung** (bitte Abschlussjahr auch angeben)

---

---

**Unterrichtstätigkeit** (bitte Tätigkeitsdauer auch angeben)

---

---

---

**Kostenübernahme**

Privat (SelbstzahlerIn)

Geschäft

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB)

Ort, Datum:

Unterschrift: