

**Absender :**

Zentrale Ausbildungsstätte  
Adelonstr. 31

65929 Frankfurt am Main



**Deutsches  
Rotes  
Kreuz**

**Rechnungsstellung**

Name : ..... Vorname : .....

Geburtsdatum : ..... Geburtsort : .....

Anschrift : .....

Emailanschrift : .....

Mit meiner Anmeldung bestätige ich die Rechnungsstellung an meine o.g. Privatanschrift.

Ich bitte in der Rechnungsstellung um eine Ratenzahlungsvereinbarung ja

nein

Ich bitte um folgende Ratenzahlungsvereinbarung:

3 Monate       6 Monate       10 Monate

Es sind mit der Anmeldung unabhängig des Erfolges und Besuch die Gesamtkosten in Höhe von 750 Euro fällig. Sollte die Ratenzahlung in Verzug sein entstehen zusätzliche Mahn- und Verwaltungsgebühren. Sollte eine Kostenübernahme erklärt, aber von dort nicht bezahlt werden, erfolgt die Rechnungsstellung an den Teilnehmer direkt.

.....

Ort , Datum

.....

Unterschrift

**Absender :**

Zentrale Ausbildungsstätte  
Adelonstr. 31  
65929 Frankfurt am Main



**Deutsches  
Rotes  
Kreuz**

**Kostenübernahme**

**Hiermit bestätigen wir, dass wir die Kosten für die Ausbildung zum  
Praxisanleiter für**

Name : ..... Vorname : .....

Geburtsdatum : ..... Geburtsort : .....

Anschrift : .....

übernehmen.

Wir erbitten die Rechnungsstellung an folgende Anschrift:

.....  
.....  
.....

Folgender Zusatz muss auf der Rechnung vorhanden sein:

.....

Verwendungszweck

.....

.....

Ort , Datum

.....

Unterschrift und Stempel