

# Kostenübernahmeerklärung

Hiermit verpflichten wir uns, die Lehrgangsgebühren für die **Rettungssanitäterausbildung**

für (Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen!)

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Anschrift

.....  
PLZ/ Ort

zu übernehmen.

- Rettungssanitäter 520 Stunden berufsbegleitend (240h Theorie) , inkl. Prüfung und Literatur (1.490 EUR)
- Rettungssanitäter 520 Stunden Vollzeit (240h Theorie) in vollem Umfang, inkl. Prüfung und Literatur (1.490 EUR)
- Prüfungswoche vom ..... bis ..... in Höhe von 350 EUR, inkl. Vorbereitungsstage
- \_\_\_\_\_

## Anschrift Kostenträger (1)

(Delegierende Einrichtung)

.....  
Organisation

.....  
Ansprechpartner

.....  
Anschrift/ PLZ/ Ort

.....  
Tel./ Fax

.....  
Ort/ Datum

## Anschrift Kostenträger (2)

(Auszubildender) *Bitte nur ausfüllen, wenn Kosten ganz oder teilweise selbst übernommen werden!*

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Anschrift/ PLZ/ Ort

.....  
Tel./ Fax

.....  
Stempel/ Unterschrift