

Bundesverband Lehrende Gesundheits-
und Sozialberufe (BLGS) e.V.
Haus der Gesundheitsberufe
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Aufnahmeantrag Bildungseinrichtung

Bildungseinrichtung: _____

Name der Leitung: _____

Postanschrift: _____

Bundesland: _____ Email: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Ausbildungsgänge: _____

Anzahl der Ausbildungsplätze: _____ Anzahl der Mitarbeiter/innen: _____

Bildungsträger/Rechtsform: _____

Ort/Datum

Unterschrift der Leitung

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich per Rechnung erhoben. Die Beitragshöhe richtet sich nach der Anzahl der genehmigten Ausbildungsplätze (vgl. BLGS-Beitragsordnung: www.blgs-ev.de)		
Bitte ankreuzen:	Anzahl Ausbildungsplätze:	Mitgliedsbeitrag:
<input type="checkbox"/>	Bis zu 100 Ausbildungsplätze	300,00 € pro Jahr
<input type="checkbox"/>	101 bis 300 Ausbildungsplätze	450,00 € pro Jahr
<input type="checkbox"/>	Über 300 Ausbildungsplätze	600,00 € pro Jahr

Rechnungsadresse (falls abweichend von obigen Angaben)

Institution/Abteilung: _____

Postanschrift: _____

Ansprechpartner/in der Bildungsinstitution für den BLGS (falls abweichend von Leitung)

Name: _____

Telefon: _____ Email: _____