

Anmeldung Kompetenznachweis

Name/Vorname: _____

Samariterverein: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Telefon Mobil: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Ausbildung als: _____

Vorschläge Daten: _____

Gewünschte Prüfungssequenz: _____

Adresse Samariter- bzw. Kurslokal: _____

Rechnung senden an (Adresse Verein):

Talon bitte einsenden an: ausbildung@samariter-bern.ch