# Life-Support-Center KG
## Fachinstitut für Notfall- und Rettungsmedizin

Life-Support-Center KG
Fachinstitut für Notfall- und Rettungsmedizin
Marschtorstraße 18

29451 Dannenberg/Elbe

**staatlich anerkanntes Fachinstitut für Rettungsassistenten und Rettungssanitäter**
Tel. +49 151/52507954
Fax. +49 5862/985880
Schulleiterin: Helga Kölln
info@life-support-center.de
www.life-support-center.de
**Lehrgangsort:** 29456 Hitzacker, Dannenberger Straße 14, ADK Rettungswache Hitzacker

## *Anmelde- und Antragsformular*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name: | …… | Vorname: | …… |
| Straße: | …… | PLZ: | …… |
| Ort: | …… | geb. am / in: | …… |
| Land: | …… | Telefon-Nr.: | …… |

Bezeichnung des Lehrgangs: ……
Lehrgangsbeginn: ……

**Trägerbescheinigung zum Antrag auf Arbeitsentgeltzuschuss zur Vorlage bei der Agentur für Arbeit:**

Oben genannter Teilnehmer hat sich zu der Maßnahme/Maßnahmeziel/-bezeichnung angemeldet.

1. Er/Sie wird in die Maßnahme aufgenommen O
2. Die Maßnahme führt zu einem anerkannten Berufsabschluss, für den nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften eine Ausbildungsdauer von mind. 2 Jahren festgelegt ist. O
3. Es handelt sich um eine nach § 85 SGB III zugelassene Maßnahme O
   Maßnahme-Nr. lautet:…… O
4. wenn 3. nicht zutrifft: Die Maßnahme wird zu folgenden Bedingungen durchgeführt: O
   Maßnahmedauer von ……bis……Anzahlung UStd. gesamt……
5. Die Maßnahme wurde der Agentur für Arbeit in…… zur Prüfung vorgelegt O

⊗_____ ⊗_____
Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Trägers

Ort, Datum: ……
Unterschrift: ⊗_____
(ich erkenne mit meiner Unterschrift die AGB´s der Life-Support-Center KG an)

Gern sind wir Ihnen bei der Vermittlung einer Unterkunft in Hotels/Pensionen behilflich. Preise auf Anfrage.
Ja, ich wünsche die Vermittlung einer Unterkunft/ incl. Frühstück O
Ja, ich wünsche die Vermittlung einer Unterkunft/ohne Frühstück O
Bemerkungen: ……

**Kostenübernahmeerklärung Arbeitgeber/sonstige Stelle:**

Kostenträger: …… Stempel/Unterschrift:

Straße/Ort: …… ⊗_____