



## Kostenübernahmevertrag Arbeitgeber

**Sollte bereits ein Kostenübernahmevertrag zwischen dem Arbeitgeber und der TeilnehmerIn bestehen, benötigen wir lediglich eine Kopie dieses Vertrages.**

Zwischen der Akademie-Ottenstein  
Kantor-Rose-Str. 9  
31868 Ottenstein, GERMANY

und Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Abteilung: \_\_\_\_\_  
Zusatz: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_  
Email (für Rechnungsstellung): \_\_\_\_\_

wird folgender Kostenübernahmevertrag für die **Vorbereitung auf die Zusatzqualifikation Still- und LaktationsberaterIn IBCLC / Stillbeauftragte in der Klinik** geschlossen:

TeilnehmerIn: \_\_\_\_\_

**Modulauswahl** (bitte ankreuzen):

Modul 1  Datum: \_\_\_\_\_  
Modul 2  Datum: \_\_\_\_\_  
Modul 3  Datum: \_\_\_\_\_  
Modul 4  Datum: \_\_\_\_\_  
Modul 5  Datum: \_\_\_\_\_  
Modul 6  Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Der Vertragspartner (Arbeitgeber) übernimmt die Teilnahmegebühren der oben aufgeführten Module einschl. der Einschreibgebühr.

Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages sind nur wirksam, wenn sie schriftlich abgeschlossen oder schriftlich wechselseitig bestätigt worden sind.

Unsere Anmeldebedingungen finden Sie [hier](#).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Arbeitgeber