
VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG Minderjährige Aus- und Fortbildung



(Name, Vorname des Kind 1)

(Name, Vorname des Kind 2)

(Name, Vorname des Kind 3)

Hiermit erkläre ich rechtsverbindlich, dass ich für mein Kind/ meine Kinder eventuell anfallende Arztkosten oder andere unvermeidbare Kosten während der Aus- und Fortbildungen in Österreich, die vom Veranstalter verauslagt wurden, in voller Höhe an den Veranstalter erstatten werde.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass deutsche Krankenkassen nur gemäß der deutschen Gebührenordnung Erstattung leisten.

Die Höhe der österreichischen Arztrechnung kann eventuell höher sein als die Erstattung durch die deutschen Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift des/des gesetzlichen Vertreters/Vertreterin)

WICHTIG:
Bitte mit der Anmeldung zurück per Mail an:
ausbildung@vhsv.de