**Bevollmächtigung**

**zum Abschluss von Ausbildungsverträgen**

Hiermit wird die

……………..........................................

(Pflegeschule)

von

……………..........................................

(Träger der praktischen Ausbildung),

bevollmächtigt, im Rahmen der vereinbarten Ausbildungskooperation im Namen des Trägers der praktischen Ausbildung Ausbildungsverträge über eine Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann mit den Vertiefungen

Allgemeine stationäre Akutpflege

Allgemeine Langzeitpflege in stationären Einrichtungen oder Allgemeine ambulante Akut- und Langzeitpflege oder Allgemeine ambulante Langzeitpflege

Pädiatrische Versorgung

Psychiatrische Versorgung

abzuschließen.

.................................................................... ....................................................