

ANMELDUNG MAB-Aufbaumodul



Familienname: _____ Vorname: _____

Straße + Hsnr.: _____ PLZ + Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ SVNR: _____

Geburtsort: _____ in _____ Geburtsname: _____

Bank: _____ IBAN: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Ich melde mich **verbindlich** für folgendes Modul der MAB (Medizinische Assistenzberufe) Ausbildung an:

☐ Ordinationsassistentenz

☐ Röntgenassistentenz

☐ Laborassistentenz

☐ Desinfektionsassistentenz

Schulische Ausbildung:

☐ Pflichtschule

☐ Lehre ohne Lehrabschluss

☐ Lehre mit Lehrabschluss

☐ Schule für Gesundheits- und Krankenpflege

☐ Pflegehelferausbildung

☐ Arbeitgeber ☐ geringfügig beschäftigt ☐ ja ☐ O / nein ☐ O ☐ Praktikumsstelle

Name und Anschrift des Arbeit-/Praktikumsgebers:

MAB Ordinationsassistentenz absolviert, wenn ja, wo:

☐ Rechnung an Privatperson

☐ Rechnung an andere Adresse

Rechnungsadresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____