

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
☐ Desinfektionsassistentenz
☐ Röntgenassistentenz
☐ Laborassistentenz

Schulische Ausbildung:

- O Pflichtschule O Lehre ohne Lehrabschluss O Lehre mit Lehrabschluss
O Schule für Gesundheits- und Krankenpflege O Pflegehelferausbildung

☐ Arbeitgeber geringfügig beschäftigt ja O / nein O ☐ Praktikumsstelle

Name und Anschrift des Arbeit-/Praktikumsgebers:

MAB Ordinationsassistentenz absolviert, wenn ja, wo:

O Rechnung an Privatperson

O Rechnung an andere Adresse

Rechnungsadresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

 Sprachen Campus  Talente Campus  Business Campus  Sozial Campus

BFI der AK Vorarlberg GmbH, Widnau 4, 6800 Feldkirch, T +43 (0) 5522 70200, service@bfi-vorarlberg.at, www.bfi-vorarlberg.at
FN 419834 d, Erfüllungsort und Gerichtsstand LG Feldkirch, DVR 3012673, UID-Nr. ATU68951912