

ANMELDUNG

MAB - Basismodul

Familienname: _____ Vorname: _____
Straße + Hsnr.: _____ PLZ + Ort: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail: _____
Geburtsdatum: _____ SVNR: _____
Geburtsort: _____ in _____ Geburtsname: _____
Bankverbindung: _____ Iban: _____
Staatsangehörigkeit: _____

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

☐ Basismodul

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 Ordinationsassistentin absolviert, wenn ja, wo:

☐ Rechnung an Privatperson

☐ Rechnung an andere Adresse

Rechnungsadresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

 Sprachen Campus  Talente Campus  Business Campus  Sozial Campus