

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:

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|-------------|
| ☐ | Ordinationsassistentz | EUR 3.050,- |
| ☐ | Desinfektionsassistentz | EUR 3.060,- |
| ☐ | Röntgenassistentz | EUR 6.300,- |
| ☐ | Laborassistentz | EUR 6.400,- |

Schulische Ausbildung:

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

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

Name und Anschrift des Arbeit-/Praktikumsgebers:

MAB Ordinationsassistentz absolviert, wenn ja, wo:

☐ Rechnung an Privatperson

☐ Rechnung an andere Adresse

Rechnungsadresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____