

ANMELDUNG

MAB - Basismodul

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

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

Basismodul € 2.110.-

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 Ordinationsassistenz absolviert, wenn ja, wo:

Rechnung an Privatperson

Rechnung an andere Adresse

Rechnungsadresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Sprachen Campus Talente Campus Business Campus Sozial Campus