

ANMELDUNG MAB



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 | EUR 1.790,- |
| ☐ | Ordinationsassistenz | EUR 2.780,- |
| ☐ | Desinfektionsassistenz | EUR 2.830,- |
| ☐ | Röntgenassistenz | EUR 5.580,- |
| ☐ | Laborassistenz | 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 Ordinationsassistenz absolviert, wenn ja, wo:

☐ Rechnung an Privatperson ☐ Rechnung an andere Adresse

Rechnungsadresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____