

# 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:

- |                          |                        |             |
|--------------------------|------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Basismodul             | EUR 1.790,- |
| <input type="checkbox"/> | Ordinationsassistenz   | EUR 2.980,- |
| <input type="checkbox"/> | Desinfektionsassistenz | EUR 2.830,- |
| <input type="checkbox"/> | Röntgenassistenz       | EUR 5.580,- |
| <input type="checkbox"/> | 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: \_\_\_\_\_