

## 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 1.525,- |
| <input type="checkbox"/> | Desinfektionsassistentz | EUR 2.620,- |
| <input type="checkbox"/> | Ordinationsassistentz   | EUR 2.595,- |
| <input type="checkbox"/> | Röntgenassistentz       | EUR 5.770,- |
| <input type="checkbox"/> | Laborassistentz         | EUR 5.770,- |

### 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 Basis absolviert, wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

Rechnung an Privatperson

Rechnung an andere Adresse

Rechnungsadresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

 Sprachen Campus     Talente Campus     Business Campus     Digital Campus     Sozial Campus