

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 1.680,- |
| <input type="checkbox"/> | Ordinationsassistenz | EUR 2.780,- |
| <input type="checkbox"/> | Röntgenassistenz | EUR 5.980,- |

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