



Anmeldung „Ergänzende betriebliche Ausbildung 2024“  
per FAX Nr. 0921/1500558 oder e-mail: buero-aekv@t-online.de  
an Ärztlichen Kreisverband Bayreuth, Brandenburger Str. 4, 95448 Bayreuth

Absender – Praxis	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon-Nr.	
e-mail (obligat)	

### Auszubildende

Name, Vorname	
Name, Vorname	
Name, Vorname	
Name, Vorname	

- **Kurs 1** Nachmittag Freitag 16.00-21.00 Uhr am 23.2./15.3./5.4./3.5.2024
- **Kurs 2** Nachmittag Freitag 16.00-21.00 Uhr am 23.2./15.3./5.4./3.5.2024
- **Kurs 3** Vormittag Samstag 10:00 - 15.00 Uhr am 24.2./16.3./6.4./4.5.2024
- **Kurs 4** Vormittag Samstag 10:00 - 15.00 Uhr am 24.2./16.3./6.4./4.5.2024

Hiermit melde ich meine Auszubildende(n) (siehe oben) zur ergänzenden betrieblichen Ausbildung und Vorbereitung auf die Abschlussprüfung verbindlich an (**Anmeldeschluss 21.12.2023**). Die **Kursgebühr in Höhe von € 100,00** je Teilnehmer überweise ich, sobald ich eine Rechnung erhalten habe. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine **Teilnahme nur nach Rechnungseingang möglich ist.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) Unterschrift Arzt/ Stempel

Die Medizinische Fachangestellte erklärt sich damit einverstanden, dass ihr Arbeitgeber über die Anwesenheit der einzelnen Kurstage informiert werden darf.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum) Unterschrift MFA