



ANMELDEFORMULAR ZUR ABSCHLUSSPRÜFUNG

„Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/-in“; per Fax: 04551 803 701 oder per E-Mail:
rabea.brunke@aeksh.de

Anschrift Teilnehmer/-in:

Name, Vorname*

Straße, Hausnummer*

PLZ, Wohnort*

Geburtstag, -ort*

Telefon privat *

Email privat*

Abweichende Rechnungsanschrift:

Name der Praxis / Klinik / des Arbeitgebers

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon dienstlich

Dauer der Berufstätigkeit in einer haus- bzw. fachärztlichen Praxis*

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichteintragungen ohne die Ihre Anmeldung nicht bearbeitet werden kann.

Folgende Nachweise sind spätestens mit der Prüfungsanmeldung einzureichen:

1. Berufsabschluss als Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin oder nach dem Krankenpflegegesetz
2. Berufserfahrung (Berufstätigkeit in einer haus- oder fachärztlichen Praxis)
3. Teilnahme an Seminaren nach Fortbildungscurriculum Nicht-ärztliche Praxisassistentin
4. Hausbesuchsprotokolle und Falldokumentationen

Prüfungstermin:

Datum

Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) gelesen und akzeptiert.

Datum

Unterschrift des Rechnungsträgers

Zahlungsmodalitäten

per Überweisung

IBAN

BIC

per Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat

(Sollten wir noch kein gültiges Lastschriftmandat von Ihnen vorliegen haben, werden wir Ihnen dieses in den nächsten Tagen zukommen lassen.)

Name des Kontoinhabers

Unterschrift des Kontoinhabers