



# ANMELDUNG ZUR AUSBILDER-EIGNUNGSRÜFUNG

nach der Verordnung vom 21. Januar 2009 – AEVO / Fax: 04551 803 701/ E-Mail: [ecs@aeksh.de](mailto:ecs@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

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

**Hiermit melde ich mich zu folgenden Prüfungsteilen verbindlich an:**

schriftlich

Termin

praktisch

Termin

Ich habe die Prüfung zur Fachwirt/-in im Gesundheits- und Sozialwesen bestanden und beantrage hiermit die Befreiung vom schriftlichen Prüfungsteil. Eine entsprechende Zeugniskopie füge ich bei.

Ich habe die Prüfung des Moduls „Durchführung der Ausbildung“ im Rahmen der Weiterbildung „Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung“ bestanden.

**Die Prüfungsgebühr ist nach Erhalt des Gebührenbescheides zu entrichten.**

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