

ANMELDUNG

FÜR DIE AUSBILDUNG ZUR MEDIZINISCHEN PRAXISASSISTENTIN EFZ ZUM MEDIZINISCHEN PRAXISASSISTENTEN EFZ

Eintritt per _____

LERNENDE/R (2 PASSFOTOS BEILEGEN)

Name _____

Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Heimatort _____

Aufenthaltsbewilligung _____

Mobile _____

E-Mail _____

Registration: AHV _____

GESETZLICHER VERTRETER

Name _____

Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon P _____

Telefon G _____

Handy _____

Beruf _____

E-Mail _____

Bitte Rückseite beachten. 



SCHULBILDUNG (ZEUGNISKOPPIEN BEILEGEN)

Real/Sekundar/AVO/Bezirksschule/Andere

_____ Jahre _____	Ort/Kanton _____
_____ Jahre _____	Ort/Kanton _____
_____ Jahre _____	Ort/Kanton _____
_____ Jahre _____	Ort/Kanton _____
_____ Jahre _____	Ort/Kanton _____

BISHERIGE BERUFSAUSBILDUNG UND BERUFSERFAHRUNG

Ich habe vom Prospekt sowie den beiliegenden finanziellen Bestimmungen, die einen integrierenden Bestandteil des Schulvertrages bilden, Kenntnis genommen und anerkenne diese als verbindlich.

Abmeldungen sind bis 30 Tage vor Ausbildungsbeginn ohne Kostenfolge möglich, später wird ein Unkostenbeitrag von 10 % des Semesterschulgeldes in Rechnung gestellt. Nach Ausbildungsbeginn ist das gesamte Semesterschulgeld fällig. Der Schulvertrag kann vor Ablauf der vorgesehenen Ausbildung schriftlich auf das Ende eines Semesters unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist aufgelöst werden. Bei Abwesenheit vom Unterricht infolge Ferien, Krankheit, Unfälle, Militärdienst und Dispensationen besteht kein Anspruch auf eine Reduktion des Schulgeldes.

BEMERKUNGEN: _____

Ich ermächtige die Schulleitung der Berit-Exbit-Schulen AG meinen Eltern Auskünfte über meine Leistungen, Abwesenheiten sowie Verhalten zu erteilen.

☐ Ja

☐ Nein

UNTERSCHRIFT LERNENDE/R

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

UNTERSCHRIFT GESETZLICHER VERTRETER

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

Stempel & Unterschrift

BERIT-EXBIT-Schulen

