



Landesärztekammer Brandenburg
Referat Ausbildung MFA
Postfach 10 14 45
03014 Cottbus

Telefon: 0355 78010-241
Telefax: 0355 78010-259
E-Mail: mfa@laekb.de
Internet: <http://www.laekb.de>

Registrierung für Ausbildungsplatzsuchende als Medizinische/r Fachangestellte/r

Name, Vorname	_____
Ort	_____
Alter	_____
Telefon	_____
E-Mail	_____
Gewünschter Ausbildungsbeginn	_____
Bemerkung	_____ _____ _____ _____

Hinweise:

Bei Abschluss eines Ausbildungsverhältnisses bitten wir **umgehend um Rückmeldung**. Erfolgt keine Rückmeldung, wird das Ausbildungsplatzgesuch nach 2 Monaten ab Tag der Veröffentlichung automatisch gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, dass alle Angaben zum Zwecke der Vermittlung einer Ausbildungsstelle gespeichert und im Internet unter **www.laekb.de** veröffentlicht werden.

_____, _____, _____, _____
Ort Datum Unterschrift Unterschrift Erziehungsberechtigte/r