

**Ersuchen um Aufnahme
in die Schule für medizinische Assistenzberufe**



An das
Österreichische Institut für Allgemeinmedizin (ÖIfAM)
St. Veiter Straße 34
9020 Klagenfurt

Familienname: **Vorname:**

Geburtsname:

SV-Nr. / Geburtsdatum: **Geburtsort:**

Staatsbürgerschaft: **Geschlecht:** w / m

Hauptwohnsitz: **PLZ/Ort:**

e-Mail: **Telefonnummer:**

Berufliche Erstausbildung: ja nein. **Wenn nein: Abgeschlossene Ausbildung(en):**

in Gesundheitsberufen:

in sonstigen Berufen:

Sozialversicherungsstatus: angestellt mitversichert AMS sonstige.....

Bankverbindung (IBAN):

Ich ersuche um Aufnahme in die Ausbildung in medizinischen Assistenzberufen:

bitte ankreuzen

Ordinationsassistentenz

Operationsassistentenz

Röntgenassistentenz

Desinfektionsassistentenz

Gipsassistentenz

Modul Fachbereichsarbeit

Ich akzeptiere die [Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Aus- und Fortbildungsveranstaltungen \(AGB-V\)](#) des ÖIfAM, die ich gelesen und verstanden habe.

Ich nehme die [Schulordnung](#) der Schule für medizinische Assistenzberufe am ÖIfAM, die ich gelesen und verstanden habe, zur Kenntnis.

Ich verpflichte mich, im Falle meiner Aufnahme in die Schule dem ÖIfAM **jede Änderung meines Sozialversicherungsstatus umgehend schriftlich nachzuweisen.**

Datum: _____ Unterschrift: _____