



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 _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Mobilfunk _____ Telefon: _____

E-Mail _____

Schulbildung _____

Alter _____

Angaben zu
Ihrem Profil _____

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