

Anmeldung Ausbildung/GiP

Gesundheitsökonom im Praxisverbund

Sie können das Formular bequem am PC ausfüllen und an anmeldung-af@bkk-akademie.de senden.

| | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr | |
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | |
| Straße: | |
| PLZ/Ort: | |
| Schulabschluss: | |

| | |
|---------------------------|----------|
| Ausbildende Krankenkasse: | |
| Straße: | |
| PLZ/Ort: | |
| Telefon: | Telefax: |
| E-Mail: | |

| | |
|---------------|----------|
| Ausbilder/in: | |
| Telefon: | Telefax: |
| E-Mail: | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Ausbildungsbeginn: | |
| Zuständige Stelle nach dem BBiG: | |
| Berufsschulunterricht im Bundesland: | |

| | |
|---|--|
| SF und Seminarunterlagen an ausbildende Krankenkasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn nein, abweichende Anschrift: Straße: PLZ/Ort: |
| Rechnung an ausbildende Krankenkasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn nein, abweichende Anschrift: Straße: PLZ/Ort: |

Die Zustimmung zur Übermittlung von bewerteten Arbeiten und Leistungsbewertungen an den Vorstand bzw. Personalverantwortlichen liegt vor.

Datum, Ort

Stempel / Unterschrift

Mitteilung nach dem Bundesdatenschutzgesetz:
 „Die BKK Akademie speichert und übermittelt persönliche Daten, soweit sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind.“