

Antrittsmeldung für die FREMDPRAXIS

Name des/r Schülers/in

.....

Ich absolviere die Fremdpraxis von / bis:

.....

Betrieb (Name, Adresse, Tel., E-Mail):

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/r Schülers/in

Bestätigung des Praxisbetriebsleiters/in:

Der/Die oben genannte Praktikant/in ist vorschriftsgemäß bei der Gebietskrankenkasse angemeldet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/r Betriebsleiters/in

