Deutscher Bundesverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten (DBVSA) e. V.

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Aufnahme in den Deutschen Bundesverband der Schulen für Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten (DBVSA) e. V. Die Satzung des Verbandes erkenne/n ich/wir an. Ein Exemplar habe/n ich/wir erhalten. Die jährlichen Gebühren belaufen sich derzeit auf 50,-€/Bildungseinrichtung und werden jährlich im Rahmen der Mitgliederversammlung bestimmt.

_____
Bezeichnung der Klinik/Bildungseinrichtung

_____
Träger der Ausbildungseinrichtung

_____ _____ _____ _____
PLZ Straße Haus-Nr. Ort

_____ _____ _____
Instituts- bzw. Schulleitung Telefon E-Mail

_____ _____
Weitere Ansprechpartner Position

_____ _____ _____
Telefon Fax E-Mail

_____ _____ _____
Homepage Anzahl der Schulplätze Ausbildungsbeginn

Sind Ihrer Einrichtung Verbundkliniken/Kooperationspartner angeschlossen? Ja ☐ Nein ☐

_____ _____
Datum Unterschrift, Bildungseinrichtungsleitung (Stempel)