



**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)