



Austragungsort: Langgasse 1-7 * Rechtsträger: Rainerstraße 6-8 * 4020 Linz * Tel. 0732/607086 *

Email: office@vitalakademie.at * www.vitalakademie.at

Lehrgang Ordinationsassistentz (MAB Basismodul+Aufbaumodul)

Dienstgeber/-in: _____

Facharzt/Fachärztin für: _____

TeilnehmerIn: _____
(Name in Blockbuchstaben)

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Dienstnehmer/die Dienstnehmerin, Herr/Frau _____ die Ausbildung in der Ordinationsassistentz gemäß § 25 Abs. 1 MABG im Rahmen eines Dienstverhältnisses erfolgt.

Unterschrift und Stempel des/der Dienstgeber/-in _____

_____, am _____