



KLINIK SEESCHAU

AM BODENSEE

Anmeldung zur Schnupperlehre

Personendaten

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Adresse / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Sind Sie Unfall - versichert? Ja Nein

Grund der Schnupperlehre?

Was interessiert Sie speziell?

Gewünschtes Datum: (von bis)

= Anzahl Tage

Bitte beachten:

Sie werden hiermit darauf hingewiesen, dass Sie sich an die gesetzliche Schweigepflicht halten müssen. Das heisst insbesondere, dass Sie keinerlei personenbezogene Daten / Informationen unserer Patienten an Drittpersonen weitergeben dürfen.

Unterschrift

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) bei Minderjährigen



Klinik Seeschau AG

Bernrainstrasse 17, CH-8280 Kreuzlingen, T +41 (0)71 677 53 53, F +41 (0)71 672 55 15
info@klinik-seeschau.ch, www.klinik-seeschau.ch