



KLINIK SEESCHAU

AM BODENSEE

Anmeldung zum Pflegepraktikum für Studierende

Personendaten

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Adresse / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Sind Sie Unfall - versichert? Ja Nein

Welches Studium streben Sie an?

Was interessiert Sie speziell?

Dauer des Praktikums: _____ = Anzahl Tage

Gewünschter Zeitraum _____ von Datum bis Datum

Bitte beachten:

Dieses Praktikum wird nicht entlohnt. Als Entschädigung erhalten Sie Essen und Getränke gratis!

Datum:

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