



KLINIK SEESCHAU

AM BODENSEE

Anmeldung zur Schnupperpraktikum

Personendaten

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Adresse / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Sind Sie Unfall - versichert? Ja Nein

Grund des Schnupperpraktikums?

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

