



# Anmeldeformular

Teilnahme am Lehrgang: Studentische OP-Assistenz

**Bitte beifügen**

Lebenslauf

Immatrikulationsbescheinigung

## Persönliche Daten

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Divers		
Name		Vorname		
Straße, Hausnr.		PLZ	Ort	
Telefon		E-Mail		

## Angaben zum Studium

Universität	Aktuelles Semester
Adresse	

## Angaben zum Wunschkrankenhaus

Bitte informieren Sie sich auf unserer [Homepage](#) über die ausbildenden Krankenhäuser und nennen Sie nachfolgend Ihre 3 Präferenzen.

1. Wahl

2. Wahl

3. Wahl

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------