

Anmeldeformular zur Abschlussprüfung Fachwirtin / Fachwirt

Ärztekammer Nordrhein
Ausbildungswesen MFA
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

E-Mail: ivonne.huesken@aekno.de oder
Fax: 0211 / 4302 5406

Anmeldung zur Abschlussprüfung des Pflichtteils „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Ich bitte, mich für das Anmeldeverfahren zur Abschlussprüfung

Sommer _____ Winter _____ zu berücksichtigen.

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Handy-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschrift