

Notwendige Anlage zum Ausbildungsvertrag

**PRAXISSTRUKTUR**

Name und Sitz der Praxis/ Klinik:  
 (Praxisstempel)

**Name der/des Auszubildenden:** \_\_\_\_\_

In der Praxis tätige Tierärzte (auch Praxisinhaber)	Vollzeit	Teilzeit	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit	Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit	Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit	Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit	Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit	Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit _____	Std. pro Wo.

In der Praxis tätige <b>ausgebildete</b> (mit erfolgreichem Abschluss) Tiermedizinische Fachangestellte/ TAH	Vollzeit	Teilzeit	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit _____	Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit	Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit _____	Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit _____	Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit	Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit _____	Std. pro Wo.

In der Praxis tätige <b>Mitarbeiter/ innen</b> <b>ohne abgeschlossene Ausbildung, (Auszubildende)</b>	Vollzeit	Teilzeit	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit _____	Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit	Std. pro Wo.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit _____	Std. pro Wo.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

*Bitte senden Sie dieses Formular als notwendige Anlage zum Ausbildungsvertrag ausgefüllt und unterschrieben an die Landestierärztekammer zurück.*