

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 ausgebildete (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 Mitarbeiter/ innen ohne abgeschlossene Ausbildung, (Auszubildende)	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.