



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER

Wird von der Kammer ausgefüllt!

Diese Vertragsänderung ist in das Verzeichnis der
Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen am:

(Siegel)

Datum, Unterschrift

Bayerische Landesärztekammer
Abteilung MedAss
Mühlbauerstr. 16
81677 München

Exemplar BLÄK

Vertragsänderung für _____ (Name der/des Auszubildenden)

Übernahme des Ausbildungsvertrages bei gleichbleibender Ausbildungsstätte

Hiermit wird vereinbart, dass das Ausbildungsverhältnis mit der/dem o.g. Auszubildenden
ab dem _____ mit **allen Rechten und Pflichten** von der Ausbildungsstätte

auf die folgende Ausbildungsstätte

übergeht.

Name(n) (in Druckbuchstaben) des/der abgebenden Auszubildenden

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift(en) der abgebenden Ausbildungsstätte

Name(n) (in Druckbuchstaben) des/der aufnehmenden Auszubildenden

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift(en) der aufnehmenden Ausbildungsstätte

Ort, Datum

Unterschrift Auszubildender

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

Bitte senden Sie die Vertragsänderung
in dreifacher Form und Original
unterschieden an die Bayerische
Landesärztekammer, Abteilung
MedAss, Mühlbauerstraße 16
81677 München



**BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER**

Bayerische Landesärztekammer
Abteilung MedAss
Mühlbaaurstr. 16
81677 München

Wird von der Kammer ausgefüllt!

Diese Vertragsänderung ist in das Verzeichnis der
Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen am:

(Siegel)

Datum, Unterschrift

Exemplar Auszubildende/r

Vertragsänderung für _____ (Name der/des Auszubildenden)

Übernahme des Ausbildungsvertrages bei gleichbleibender Ausbildungsstätte

Hiermit wird vereinbart, dass das Ausbildungsverhältnis mit der/dem o.g. Auszubildenden
ab dem _____ mit **allen Rechten und Pflichten** von der Ausbildungsstätte

auf die folgende Ausbildungsstätte

übergeht.

Name(n) (in Druckbuchstaben) des/der abgebenden Auszubildenden

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift(en) der abgebenden Ausbildungsstätte

Name(n) (in Druckbuchstaben) des/der aufnehmenden Auszubildenden

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift(en) der aufnehmenden Ausbildungsstätte

Ort, Datum

Unterschrift Auszubildender

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

Bitte senden Sie die Vertragsänderung
in dreifacher Form und Original
unterschrieben an die Bayerische
Landesärztekammer, Abteilung
MedAss, Mühlbaurstraße 16
81677 München



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER

Bayerische Landesärztekammer
Abteilung MedAss
Mühlbaaurstr. 16
81677 München

Wird von der Kammer ausgefüllt!

Diese Vertragsänderung ist in das Verzeichnis der
Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen am:

(Siegel)

Datum, Unterschrift

Exemplar Ausbilder

Vertragsänderung für _____ (Name der/des Auszubildenden)

Übernahme des Ausbildungsvertrages bei gleichbleibender Ausbildungsstätte

Hiermit wird vereinbart, dass das Ausbildungsverhältnis mit der/dem o.g. Auszubildenden
ab dem _____ mit **allen Rechten und Pflichten** von der Ausbildungsstätte

_____ auf die folgende Ausbildungsstätte

übergeht.

_____ Name(n) (in Druckbuchstaben) des/der abgebenden Ausbildenden

_____ Ort, Datum

_____ Stempel & Unterschrift(en) der abgebenden Ausbildungsstätte

_____ Name(n) (in Druckbuchstaben) des/der aufnehmenden Ausbildenden

_____ Ort, Datum

_____ Stempel & Unterschrift(en) der aufnehmenden Ausbildungsstätte

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift Auszubildender

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

Bitte senden Sie die Vertragsänderung
in dreifacher Form und Original
unterschrieben an die Bayerische
Landesärztekammer, Abteilung
MedAss, Mühlbaaurstraße 16
81677 München