



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

Bitte alle drei Exemplare einreichen!

**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 (**Bitte unbedingt BNR angeben!**)

BNR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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  
Mühlbaurstr. 16  
81677 München

**Wird von der Kammer ausgefüllt!**

Diese Vertragsänderung ist in das Verzeichnis der  
Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen am:

(Siegel)

Datum, Unterschrift

Bitte alle drei Exemplare einreichen!

**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 (**Bitte unbedingt BNR angeben!**)

BNR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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  
Mühlbaurstr. 16  
81677 München

**Wird von der Kammer ausgefüllt!**

Diese Vertragsänderung ist in das Verzeichnis der  
Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen am:

(Siegel)

Datum, Unterschrift

**Bitte alle drei Exemplare einreichen!**

**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 (**Bitte unbedingt BNR angeben!**)

BNR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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, Mühlbaurstraße 16  
81677 München