

## Anmeldeformular zum Röntgenpraktikum für MPA

Berit Klinik AG  
 Steig 48  
 9630 Wattwil  
 T +41 71 987 32 11  
 info@beritklinik.ch  
 www.beritklinik.ch

Namen / Vornamen	
Geb. Datum	
Strasse	
PLZ / Ort	
E-Mail	
Telefon	

**Keizer Michelle**  
 Fachfrau für medizinisch-technische Radiologie  
 Leiterin Radiologie Berit Klinik Wattwil  
 T +41 78 952 66 20  
 Michelle.Keizer@klinik.ch  
 www.beritklinik.ch

In welchem Zeitraum sollte das Praktikum stattfinden?	
-------------------------------------------------------	--

### Aufnahmebedingungen:

- ✓ Ausgefülltes und unterschriebenes Anmeldeformular.
- ✓ Einverständnis des Lehrbetriebs, dass keine Lohnrückzahlungen von Seiten der Berit Klinik AG erfolgen.

Datum:	Unterschrift:
Datum:	Unterschrift der Lehrmeisterin / des Lehrmeisters:

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an:  
 Michelle.Keizer@klinik.ch

Wir freuen uns auf Ihren Besuch, und auf eine gute Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen  
 M. Keizer