Anmeldung zur Wahl als Expertin/Experten

**Senden Sie dieses Formular zurück an:**

OdA Gesundheit Zürich

Maneggstrasse 37

8041 Zürich

Assistent/in Gesundheit und Soziales Medizinproduktetechnologe/-login

|  |  |
| --- | --- |
| Name  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | PLZ, Ort  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Tel.Privat  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Natel Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  E-Mail:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geb.Datum  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | aktuelle Tätigkeit  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse und Tel. Geschäft  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mail-Geschäft  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bisherige Berufserfahrung und praktische Erfahrung in der Ausbildung von Lernenden in der beruflichen Grundbildung:   |  |  | | --- | --- | | **Dauer** | **Ort** | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |

Beilagen:

- kurzer Lebenslauf

- Kopien von Diplomen, Bildungsabschlüssen und Kursausweisen  
Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Unterschrift: