

## Anmeldeformular MAB BASISMODUL

vom 23.02.2026 - 20.03.2026

ERFORDERLICHE BEWE	RBUNGSUNTERLAGEN:	
<ul> <li>□Pflichtschulabschlussprüft</li> <li>□ Nachweis über abgeschle</li> <li>□ 1 Lichtbild</li> <li>□ Geburtsurkunde (Kopie)</li> <li>□ Heiratsurkunde (Kopie)</li> <li>□ Staatsbürgerschaftsnach</li> <li>□ Strafregisterauszug (nich</li> </ul>	ossene Berufsausbildung (Kopie) weis (Kopie)	
Vorname/Familienname:		
Geburtsname:	Gebur	tsdatum:
Geburtsort:		
PLZ/Wohnort:		
Straße:		
Telefon: Privat:	dienstlich:	
E-Mail: Privat:	dienstlich:	
Name und Adresse der Di	ienststelle:	
Datum:	Unterschrift:	
Rechnung an:	Dienstgeber □	Teilnehmer □
Bestätigung des Dienstgebers:  (mit Ihrer Unterschrift / Stempel bestätigen Sie die Kostenübernahme der Ausbildung):		

KABEG
Bildungscampus
St. Veiter Straße 34
A-9020 Klagenfurt
Wörthersee

am

UID-Nr.: ATU25802806 DVR-Nr.: 00757209 Firmenbuch: FN 71434a Landes- und Handelsgericht

Klagenfurt

Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft KABEG, UID-Nr.: ATU25802806, DVR-Nr.: 00757209 Firmenbuchnummer: FN 71434 a, Firmenbuchgericht: Landes- als Hande sgericht Klagenfurt am Wörthersee

Bestätigung des Teilnehmers:

(mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kostenübernahme der Ausbildung):