

Anmeldung Schnuppertag

Radiologie

Frau Herr

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

(Mindestalter: 18 Jahre)

Adresse**Kontaktdaten**

Strasse, Nr. _____

Festnetz-Nr. _____

PLZ _____

Mobile _____

Wohnort _____

E-Mail _____

Schultyp Gymn. FMS Ausbildung als/Anderes _____**Gewünschter Schnupperzeitraum oder Schnuppertag**

Ort / Datum**Unterschrift**

Bitte senden Sie das Anmeldeformular an:

Spital Bülach AG, Berufsbildner Radiologie, Spitalstrasse 24, CH-8180 Bülach

Oder eingescannt per E-Mail mit Betreff «Schnuppertag» an Sekretariat.Radiologie@spitalbuelach.ch