

Anmeldung Schnuppertag
Biomedizinischer Analytiker/ Biomedizinische Analytikerin

Frau Herr

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum: (Mindestalter: 15 Jahre)

Adresse: Strasse: Nr.:

PLZ: Wohnort:

Telefon: Mobile:

Aktuelle Schulstufe: in:

Gewünschter Schnupperzeitraum oder -tag:.....

Ort / Datum: **Unterschrift:**

Unterschrift gesetzliche Vertretung:

Anmeldeformular bitte senden an:
Spital Bülach, Sibyll Schliszka, Spitalstrasse 24, 8180 Bülach