**Vereinbarung zwischen Praxisbetrieb und dem Rettungsdienst der Spital STS AG**

**Studierende/r**

Name und Vorname Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ausbildungsbeginn Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ausbildungsbetrieb**

Betrieb 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.

**Leitung**

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: email. Telefon: Telefon

**Ausbildungsverantwortung**

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: email. Telefon: Telefon

**Der Praxisbetrieb bestätigt, den Ausbildungsplatz zur Verfügung zu stellen und den Studierenden / die Studierende gemäss dem Leitfaden zu begleiten.**

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Funktion: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort / Datum: Unterschrift: