

Erklärung gegenüber der Landesärztekammer Thüringen, Abteilung MFA

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt und unterschrieben an die Landesärztekammer Thüringen, Abteilung Medizinische Fachangestellte zurück.

Name: Deb.-Nr.:

Anschrift:

Name der/des Auszubildenden: Beginn: **2022**

Gemäß § 1 der Gebührenordnung der Landesärztekammer Thüringen vom 24.09.1994, (Ärzteblatt Thüringen, S. 602) zuletzt geändert durch Vierundzwanzigste Satzung zur Änderung der Gebührenordnung der Landesärztekammer Thüringen vom 19. November 2020 werden von Ihnen folgende Gebühren erhoben:

A. Gebühren für Leistungen im Bereich der Berufsausbildung der Med. Fachangestellten (Ausbildung)

- | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 1. für die Eintragung des Berufsausbildungsvertrages in das Berufsausbildungsverzeichnis: | 13,00 € |
| | (fällig: 15.07.2022) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Verwaltungskosten pro Ausbildungsjahr: | |
| | (fällig: 15.07.2022 – 1. Ausbildungsjahr | 110,00 € |
| | 15.07.2023 - 2. Ausbildungsjahr; | 110,00 € |
| | 15.07.2024 - 3. Ausbildungsjahr) | 110,00 € |
| | 3. Prüfungsgebühren | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 3.1 Zwischenprüfung: | 25,00 € |
| | (fällig: 01.04.2024) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 3.2 Abschlussprüfung: | 150,00 € |
| | (fällig: 01.04.2025) | |
| <input type="checkbox"/> | 3.3 für evtl. Wiederholungsprüfung | 75,00 € |
| | (fällig: __.__.____) | |

Überweisung

Verwendungszweck: **55 – Name des Auszubildenden -**

Datum, Ort und Unterschrift:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE 87ZZZ00000070668 Mandatsreferenz: 55-

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Landesärztekammer Thüringen, die Gebühr von meinem Konto mittels Lastschrift zur Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Landesärztekammer Thüringen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:

BIC: _____

IBAN: D E ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

IBAN und BIC finden Sie auf Ihrer Bankkarte oder Ihrem Kontoauszug!

Datum, Ort und Unterschrift: