

## Anmeldeformular für Nachdiplomstudium NDS HF

**Anästhesiepflege**       Frühling 2019       Herbst 2019       Frühling 2020

**Intensivpflege**       Frühling 2019       Herbst 2019       Frühling 2020

**Notfallpflege**       Frühling 2019       Herbst 2019       Frühling 2020

Ausbildungsvertrag (Praxis)      Beginn      Ende      Pensum      %

### Personalien

Name Vorname

--	--

Beruf

--

Strasse PLZ, Ort

--	--

Telefon Privat      Telefon Mobil      E-Mail Privat

--	--	--

Geburtsdatum      Geschlecht      Sozialversicherungsnummer (AHV-Nr.)

--	--	--	--	--

### Ausbildungsbetrieb

Name Abteilung

--	--

Strasse PLZ, Ort

--	--

Ausbildungsverantwortliche/r E-Mail

--	--

Berufsbildner/in E-Mail

--	--

**Mit dem ausgefüllten Anmeldeformular sind einzusenden:**

- 1 aktuelles Passfoto in elektronischer Form (jpg-Datei) an Mailadresse: [nds@xund.ch](mailto:nds@xund.ch)
- Personalienblatt zur Bestimmung des zahlungspflichtigen Kantons unter dem Link [Personalienblatt](#)
- Aktuelle Wohnsitzbestätigung: **Falls Sie sich früher als 3 Monate vor Ausbildungsbeginn anmelden erhalten Sie ca. 2 Monate vor Schulstart eine Aufforderung, uns eine aktuelle Wohnsitzbestätigung zuzusenden.** Die Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen, damit der entsprechende Wohnkanton das Schulgeld übernimmt, sind im [Merkblatt Wohnsitzbestätigung](#) aufgeführt.

**Internet**

Während der Ausbildung benötigen Sie ein Notebook. Die entsprechenden Voraussetzungen finden Sie unter [Anforderungen Notebook](#).

**Gebühren**

Die finanzielle Beteiligung der Studierenden an Studien-, Diplomgebühren wird direkt zwischen dem Betrieb und den Studierenden geregelt.

Zu Lasten der Studierenden gehen die während der Weiterbildung entstehenden Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Reisen bei auswärtigen Seminaren, Kosten für Besichtigung und Exkursionen sowie das Unterrichtsmaterial (Bücher, Kopien, usw. von ca. CHF 600).

Ich habe die [Schul- und Studienordnung](#) und die [Promotionsordnung](#) des XUND Bildungszentrums gelesen und bin damit einverstanden.

Ort / Datum

Unterschrift Bewerber/in

Vorname, Name zuständige Person des Betriebes

Unterschrift zuständige Person des Betriebes

**Unterlagen an folgende Adresse senden:**

XUND Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz  
Services NDS  
Kantonsspital 41  
6000 Luzern 16

1.8.2017