

Gesundheitsakademie Potsdam gGmbH

Gesundheitscampus: Schule für Med.-techn. Laboratoriumsassistentz
Hermannswerder 14 • 14473 Potsdam

Telefon: 0331 - 2300 402 • Fax: 0331 - 2300 400 • E-Mail: anke.reuter@gcp-hoffbauer.de

Kooperationsanfrage – Gesundheitscampus: MTLA-Schule

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,
es freut uns sehr, dass Sie sich vorstellen können mit uns gemeinsam MTLA auszubilden.

Drei Varianten der Zusammenarbeit sind denkbar:

- A) Sie möchten Ihr zukünftiges Personal selbst aussuchen und langfristig an sich binden?**
Dann schließen Sie einen Ausbildungsvertrag mit den von Ihnen ausgewählten Auszubildenden ab und entsenden diese zur schulischen Ausbildung (theoretischer und praktischer Unterricht) zu uns an den Gesundheitscampus. Die praktische Ausbildung findet so weit wie möglich in Ihrer Einrichtung statt.
Hierzu schließen wir mit Ihnen einen **Kooperationsvertrag** ab.
- B) Sie möchten gern Auszubildende in Ihrem Laborbereich ausbilden, können ihnen aber keinen eigenen Ausbildungsvertrag anbieten?**
Dann schließen Sie gerne eine **Kooperationsvereinbarung** mit uns ab und wir entsenden Ihnen nach Rücksprache die Auszubildenden für die praktische Ausbildung in Ihre Einrichtung.
- C) Sie möchten gern eigene Auszubildende einstellen und darüber hinaus noch weitere MTLA-Lernende für den praktischen Teil der Ausbildung aufnehmen?**
Dann füllen Sie bitte im **Abschnitt „Kooperationsvertrag“** des folgenden Informationsbogens das entsprechende Feld aus.



Bitte füllen Sie den folgenden Informationsbogen aus und senden Sie diesen direkt per E-Mail oder auf dem Postweg an die oben angegebene Adresse.

Wir werden uns so schnell wie möglich mit Ihnen in Verbindung setzen.

Name Ihrer Einrichtung	
Geschäftsführer:in Ihrer Einrichtung	
Adresse Ihrer Einrichtung	Straße
	PLZ und Ort
Unser:e Ansprechpartner:in in Ihrer Einrichtung zum Thema „Kooperation MTLA-Ausbildung“	Vorname
	Nachname
	Abteilung
	Position
	Telefon-Nummer
	E-Mail-Adresse
Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt für einen <u>Kooperationsvertrag</u> aus:	
Wie viele Lernende möchten Sie jährlich gemeinsam mit uns ausbilden? (ca.-Angabe) (Ausbildungsstart: 01.10. eines jeden Jahres)	
Ab wann möchten Sie mit uns gemeinsam MTLA ausbilden?	
Wären Sie bereit, neben Ihren eigenen Lernenden auch noch weitere MTLA-Lernende für den praktischen Teil der Ausbildung aufzunehmen? (Falls ja, geben Sie bitte an wie viele ca.)	
Welche Fachbereiche bieten Sie in Ihrer Einrichtung an? (z.B. Hämatologie, Blutgruppenserologie, Histologie, Immunhistologie, Klinische Chemie, Mikrobiologie, Molekularbiologie)	

Unser:e Ansprechpartner:in in Ihrer Einrichtung zum Thema Bewerber:innen	Vorname
	Nachname
	Abteilung
	Position
	Telefon-Nummer
	E-Mail-Adresse
Link zu Ihrem Bewerber:innen-Portal	
Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt für einen <u>Kooperationsvereinbarung</u> aus:	
Wie viele Lernende möchten Sie jährlich gemeinsam mit uns ausbilden? (ca.-Angabe)	
Ab wann möchten Sie mit uns gemeinsam MTLA ausbilden?	
Welche Fachbereiche bieten Sie in Ihrer Einrichtung an? (z.B. Hämatologie, Blutgruppenserologie, Histologie, Immunhistologie, Klinische Chemie, Mikrobiologie, Molekularbiologie)	

Platz für freie Kommentare, Anmerkungen und Fragen:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben und Daten zur Beantwortung meiner Anfrage elektronisch erhoben und gespeichert werden. Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an katrin.malessa@gcp-hoffbauer-mtla.de widerrufen.

Ort / Datum / Unterschrift