Änderungsvertrag zum Berufsausbildungsvertrag vom _____._____20_____

Der Ausbildende / Die Ausbildungsstätte

_____

_____

Akad. Grad Vorname Name

_____

Akad. Grad Vorname Name

und die/der Auszubildende

_____ _____

Vorname Name Geburtsname

sind sich einig, dass der zwischen ihnen geschlossene Ausbildungsvertrag wie folgt geändert bzw. ergänzt wird (änderungsbedürftige Punkte bitte ankreuzen und ausfüllen bzw. ergänzen) und dass entgegenstehende Vereinbarungen des bisherigen Vertrages damit aufgehoben werden:

☐	**1. Beginn der Ausbildung:** ____ . ____ . 20 ____	☐	**2. Ende der Ausbildung:** ____ . ____ . 20 ____		
☐	**5. Probezeit**	☐ 1 Monat	☐ 2 Monate	☐ 3 Monate	☐ 4 Monate
☐	**6. Regelmäßige tägliche Ausbildungszeit**	☐ 7 Stunden	☐ 7,7 Stunden	☐ 7,8 Stunden	☐ 8 Stunden
☐	**7. Urlaub** im Kalenderjahr in Arbeitstagen	7.1. ___ Tage im Jahr 20 __	7.2. ___ Tage im Jahr 20 __	7.5. ___ Tage im Jahr 20 __	
		7.3. ___ Tage im Jahr 20 __	7.4. ___ Tage im Jahr 20 __		
☐	**8. Ausbildungsvergütung** brutto monatlich, jährlich ansteigend	_____ € im 1. Ausbildungsjahr	_____ € im 2. Ausbildungsjahr	_____ € ab dem 3. Ausbildungsjahr	
		☐	Die Höhe der monatlichen Ausbildungsvergütung folgt den Anpassungen des Gehaltstarifvertrages MFA/AH		
☐	**9.** Die Ausbildung richtet sich nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006. Es wird im Wesentlichen nach dem Musterausbildungsplan der Ärztekammer Berlin (Stand: 12/2010) ausgebildet. Der Musterausbildungsplan ist der betriebliche Ausbildungsplan. ☐ Von der sachlichen/zeitlichen Gliederung des Musterausbildungsplans (Stand: 12/2010) wird abgewichen. Der die Ausbildung **zeitlich und inhaltlich gliedernde betriebliche Ausbildungsplan** liegt als Anlage bei.				
☐	**10. Rotation** Pflichtrotation nach Vorgabe der Ärztekammer Berlin oder freiwillige Rotation	☐ 3 Monate	☐ 6 Monate	☐ _____ Monate	

Der Vertrag ist von **sämtlichen** im Eingang bezeichneten Ausbildenden zu unterzeichnen. Die Unterschrift einzelner Personen reicht aus, wenn diese befugt sind, den/die (übrigen) Ausbildende/n alleine oder mit anderen gemeinsam rechtsverbindlich zu vertreten, oder wenn diese bevollmächtigt sind, diesen Vertrag zu unterzeichnen.

_____
Ort, Datum

_____
Vorname Name Vertragspartner/Vertretungsberechtigter
(in Druckbuchstaben, Unterschrift)

_____
Vorname Name Vertragspartner/Vertretungsberechtigter
(in Druckbuchstaben, Unterschrift)

_____
Vorname Name Vertragspartner/Vertretungsberechtigter
(in Druckbuchstaben, Unterschrift)

Der Vertrag ist von **der/dem Auszubildenden** und im Falle der **Minderjährigkeit** von der/dem/den **gesetzliche/n Vertreter/n** zu unterschreiben. Die Unterzeichnung durch ein Elternteil reicht aus, soweit es die elterliche Sorge allein ausübt oder ihm die Entscheidung gerichtlich übertragen ist.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des/der Auszubildenden

_____
Vorname Name Vertretungsberechtigter
(Mutter/Vater/Vormund in Druckbuchstaben, Unterschrift)

_____
Vorname Name Vertretungsberechtigter
(Mutter/Vater/Vormund in Druckbuchstaben, Unterschrift)

Der Vertrag ist in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen.

_____
Datum, Unterschrift Ärztekammer Berlin

Siegel

© Ärztekammer Berlin – Stand 02/2020