

Umschulungsvertrag (Medizinische/r Fachangestellte/r)

Umschulende/r / Umschulungsstätte

Akad. Grad / Vorname / Name

Akad. Grad / Vorname / Name

Straße / PLZ / Ort der Ausbildungsstätte

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mail

Ausübungs-/Rechtsform Umschulende/r / Umschulungsstätte

a. Kassenärztliche Niederlassung Privatärztliche Niederlassung

b. Einzelpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis)

Praxisgemeinschaft

Medizinisches Versorgungszentrum

c. Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

Eingetragene Partnerschaftsgesellschaft

GmbH, AG, eingetragener Verein (eV)

Körperschaft, Stiftung, Anstalt des Öffentlichen Rechts

d. Sonstige Einrichtung mit Rechtsform: _____

Umschülerin/Umschüler

Vorname / Name / Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

weiblich

männlich

Straße / PLZ / Ort

Telefonnummer

Mobil-Telefonnummer

E-Mail

Die Parteien des Umschulungsvertrages vereinbaren:

1.	Beginn der Umschulung: ____ . ____ . 20 ____	2.	Ende der Umschulung: ____ . ____ . 20 ____		
3.	Probezeit	<input type="checkbox"/> 1 Monat	<input type="checkbox"/> 2 Monate	<input type="checkbox"/> 3 Monate	<input type="checkbox"/> 4 Monate
4.	Regelmäßige tägliche Umschulungszeit	<input type="checkbox"/> 7 Stunden	<input type="checkbox"/> 7,7 Stunden	<input type="checkbox"/> 7,8 Stunden	<input type="checkbox"/> 8 Stunden
5.	<input type="checkbox"/> Die Umschulung soll in Teilzeit absolviert werden. Die kalendarische Umschulungszeit verlängert sich entsprechend. Grund (bitte nachweisen): _____				
6.	Urlaub im Kalenderjahr in Arbeitstagen	7.1. ____ Tage im Jahr 20 ____	7.2. ____ Tage im Jahr 20 ____	7.3. ____ Tage im Jahr 20 ____	
7.	Vergütung brutto monatlich jährlich ansteigend	____ € im 1. Umschulungsjahr		____ € im 2. Umschulungsjahr	
	<input type="checkbox"/> Die Höhe der Vergütung folgt den Anpassungen des Gehaltstarifvertrages MFA/AH				
8.	Rotation (nach Vorgabe der Ärztekammer Berlin oder freiwillig) in eine Praxis der Allgemeinmedizin/Inneren Medizin	<input type="checkbox"/> 3 Monate	<input type="checkbox"/> 6 Monate	<input type="checkbox"/> ____ Monate	
9.	Optional: Soweit in diesem Vertrag nichts anderes vereinbart ist, sind auf das Umschulungsverhältnis anzuwenden:				
	<input type="checkbox"/> Manteltarifvertrag MFA/AH	<input type="checkbox"/> Gehaltstarifvertrag MFA/AH	Tarifverträge/Betriebs-/Dienstvereinbarungen: _____		
10.	Die Umschulung richtet sich nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 sowie der Prüfungsordnung der Ärztekammer Berlin für die Durchführung von Abschlussprüfungen, Umschulungsprüfungen und Zwischenprüfungen im Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten / des Medizinischen Fachangestellten vom 13. Oktober 2016.				
11.	Die Umschulung findet in der Umschulungsstätte, in der Kooperationsstätte und im Rahmen der Überbetrieblichen Ausbildung der Ärztekammer Berlin statt.				

12.	Das Umschulungsverhältnis kann von jedem Vertragspartner aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden. Als wichtiger Grund für den Umzuschulenden gelten auch soziale und familiäre Schwierigkeiten, der Wegfall der Leistungen eines Kostenträgers / Rehabilitationsträgers sowie Schwierigkeiten, die auf eine Behinderung zurückzuführen sind. Die Kündigung muss schriftlich unter Angabe des Grundes erfolgen.
13.	Die Vergütung bemisst sich nach Monaten. Bei Berechnung der Vergütung für einzelne Tage wird der Monat zu dreißig Tagen gerechnet.
14.	Nebenabreden, Ergänzungen, Veränderungen, die das Umschulungsverhältnis betreffen, bedürfen zur Rechtswirksamkeit der Schriftform.
<p>Der Vertrag ist von sämtlichen im Eingang bezeichneten Umschulenden zu unterzeichnen. Die Unterschrift einzelner Personen reicht aus, wenn diese befugt sind, den/die (übrigen) Umschulende/n alleine oder mit anderen gemeinsam rechtsverbindlich zu vertreten, oder wenn diese bevollmächtigt sind, diesen Vertrag zu unterzeichnen.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Ort, Datum</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Vorname Name Vertragspartner/Vertretungsberechtigter (in Druckbuchstaben, Unterschrift)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Vorname Name Vertragspartner/Vertretungsberechtigter (in Druckbuchstaben, Unterschrift)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Vorname Name Vertragspartner/Vertretungsberechtigter (in Druckbuchstaben, Unterschrift)</p>	<p>Der Vertrag ist von der Umschülerin/dem Umschüler zu unterschreiben.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Ort, Datum</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Unterschrift der Umschülerin / des Umschülers</p> <hr/> <p>Sichtvermerk des zuständigen Kosten-/Rehabilitationsträgers bzw. Sichtvermerk der zuständigen Agentur für Arbeit:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>