



Bitte leer lassen

# Anmeldedossier

## Studiengang

- **CAS FH in Management in der Gesundheitswirtschaft**  
(Studierende aus dem EU-Raum)

Studienbeginn: 1. September 2024

## Definitive Anmeldung

### Angaben zur Person

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Bundesland

Geburtsdatum

Nationalität

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Mobil

Email Privat

Email Geschäft

Bitte  
aktuelles Foto  
einkleben

## Studierende aus dem EU-Raum

### Studiengebühren für Studierende aus dem EU-Raum

<b>Anmeldegebühr</b>				Wird durch die B.Braun Stiftung finanziert.
<b>Studiengebühr</b>				Wird durch die B.Braun Stiftung finanziert.
<b>Prüfungsgebühr</b>	CHF	600.-		Wird durch Studierende/n beglichen.

- Ich bin Studierende/r aus dem EU-Raum
- Ich melde mich für das Certificate of Advanced Studies (CAS) FH in Management in der Gesundheitswirtschaft (inkl. Mentoringprogramm) an

## Angaben zur Ausbildung

### Abgeschlossenes Hochschulstudium (Tertiärstufe A) Jahr

- Abgeschlossenes Fachhoch- oder Universitätsstudium (bitte Kopie beilegen)  
Richtung:

### Momentane berufliche Praxis (bitte Adresse angeben)

Firma:

Funktion:

Strasse:

PLZ / Ort:

Bemerkungen:

## Rechnungsstellung

Die Zahlungen sind mit Rechnungsstellung vor Ausstellung des Zertifikats CAS in Management in Gesundheitswirtschaft fällig.

Die Rechnung für die Prüfungsgebühr geht an:

- Privatadresse       Arbeitgeber <sup>\*)</sup>  
\*) Geht die Rechnung an den Arbeitgeber, bitte Bestätigung beilegen.

## Anmeldung

Ich akzeptiere die Vertragsbedingungen (siehe Seite 5) und melde mich definitiv an.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**HIER UNTERSCHREIBEN**

Bitte von Hand  
unterschreiben

## Beilagen

Der Anmeldung lege ich folgende Unterlagen bei:

- Fotokopie(n) abgeschlossenes Hochschulstudium  
 Fotokopie(n) Zeugnis abgeschlossenes Hochschulstudium  
 Bestätigung des Arbeitgebers, falls Rechnungsstellung an ihn erfolgt

**Die Studiengangsleitung wird Ihr Dossier prüfen. Sie erhalten eine schriftliche Bestätigung Ihrer Anmeldung.**

Anmeldung bitte einsenden an:

**Kalaidos Fachhochschule Gesundheit**, Studiensekretariat  
Pestalozzistrasse 5, CH-8032 Zürich



**Wird von der Hochschule ausgefüllt:**

Sek. Stufe II	<input type="checkbox"/> EFZ	<input type="checkbox"/> DMS / HMS / FMS	
	<input type="checkbox"/> BM	<input type="checkbox"/> gymnasiale Matur	
Äquivalenz BM	angemeldet	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> M
	bestanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ausbildung Tertiärstufe .....			
<input type="checkbox"/> berufliche Weiterbildung .....			
<input type="checkbox"/> PFP	<input type="checkbox"/> HöFa I	<input type="checkbox"/> AEB	
<input type="checkbox"/> BBL	<input type="checkbox"/> HöFa II	<input type="checkbox"/> BScN	
Zum Studium	<input type="checkbox"/> zugelassen (Aufnahmekriterien erfüllt) <input type="checkbox"/> zugelassen mit Besuch des Moduls „Forschungsergebnisse: Recherche & Beurteilung“ <input type="checkbox"/> zugelassen mit Vorbehalt ..... <input type="checkbox"/> Englischnachweis nachreichen <input type="checkbox"/> nicht zugelassen Begründung: .....		
Folgendes Modul kann angerechnet werden:			
.....			
Bemerkung:			
.....			
.....			
Datum / Visum: .....			