



### Bewerbungsantrag

**Studiengang:** „Bachelor of Business Administration“ (BBA)  
**Vertiefung:**  EconomicBBA  SocialBBA  Business SecurityBBA  
 InternationalBBA  TourismBBA  HandelsBBA  PharmaBBA  
 Product EngineeringBBA  Fashion Business ManagementBBA  
 Case Management im GesundheitswesenBBA/Weiterbildung  
Prozessmanagement

**Hochschule:** Steinbeis-Hochschule Berlin  
Steinbeis Business Academy  
Friedrichstraße 59, 76456 Kuppenheim

**Studienort:** \_\_\_\_\_

**Personalien:**

**Vorname Name:** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse/ Korrespondenzadresse:**  privat  dienstlich

Institution: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. dienst: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bei Firmen bitte Ansprechpartner angeben:

\_\_\_\_\_

Derzeitige berufliche Tätigkeit /Position:

\_\_\_\_\_

bei (Institution / Einrichtung):

\_\_\_\_\_



**Schulbildung**

Mittlere Reife    gleichwertiger Abschluss    Fachhochschulreife    Abitur

Abschlussnote: \_\_\_\_\_ Abschlussdatum: \_\_\_\_\_

**Berufsausbildung**

Abschlussnote: \_\_\_\_\_ Abschlussdatum: \_\_\_\_\_

**Berufstätigkeit**

<u>Institution</u>	<u>Tätigkeit als</u>	<u>Dauer</u>
--------------------	----------------------	--------------

---



---



---

**Fort- und Weiterbildungen**

<u>Abschluss, Weiterbildungsstätte:</u>	<u>Abschlussdatum:</u>	<u>Abschlussnote:</u>
---	------------------------	-----------------------

---



---



---

Bitte reichen Sie nachfolgende Unterlagen mit Ihrem Zulassungsantrag ein:

Anlagen	Checkliste (bitte ankreuzen)
Tabellarischer Lebenslauf (unterschrieben)	<input type="radio"/>
2 Passbilder	<input type="radio"/>
Schulabschlusszeugnis (Kopie)	<input type="radio"/>
Berufsabschlusszeugnis (Kopie)	<input type="radio"/>
Weiterbildungszeugnis (Kopie)	<input type="radio"/>
Nachweis über die Berufspraxis (Kopie)	<input type="radio"/>
(Angaben zur Projektarbeit)	<input type="radio"/>

**Bestätigung**

Ich versichere mit nachfolgender Unterschrift, dass die zu meiner Person gemachten Angaben vollständig und richtig sind und füge entsprechende Kopien als Nachweise bei.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**

**Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an, Mehrfachantworten sind möglich.**

- Empfehlung durch Bekannte:
- Internet: \_\_\_\_\_
- Zeitung / Zeitschrift: \_\_\_\_\_
- Messe(n): \_\_\_\_\_
- Informationsveranstaltung in: \_\_\_\_\_
- Informationsbroschüre, erhalten von: \_\_\_\_\_
- durch Kontakt mit \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie die Unterlagen an:**

Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen  
Ansprechpartnerin: Angelika Nicol  
Westküstenklinikum Heide  
Esmarchstrasse 50  
25746 Heide

Nach Prüfung Ihrer Unterlagen erhalten Sie umgehend Nachricht.