

Anmeldung
Berufsbegleitenden Aufstiegsfortbildung für
Zahnmedizinische Fachangestellte

Kurs 6 420,-- €	Kurs 3 350,-- €	Kurs 5 420,-- €

gewünschte/n Kursteil/e bitte ankreuzen

Name, Vorname: _____

geboren am _____ in _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr. priv.: _____ **E-Mail priv.:** _____

ZFA
in Praxis (Stempel): _____

Der Anmeldung sind bei zu fügen:

1. Urkunde über die bestandene Abschlussprüfung als Zahnmedizinische Fachangestellte (Kopie)
2. Lebenslauf, mit den Angaben über die bisherige Tätigkeit als Zahnmedizinische Fachangestellte
3. Teilnehmernachweis an **einem** der beiden Kurse „Ausbildung betrieblicher Ersthelfer“ oder einen für die Führerscheinprüfung erforderlichen Kurs „Erste-Hilfe-Ausbildung“ mit jeweils 9 Unterrichtsstunden (nicht älter als sechs Monate)
4. Nachweis über Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 24 Abs. (2) 4 RöV ggf. Nachweis der Aktualisierung (Kopie)
5. Bescheinigung des Praxisinhabers über die Bereitschaft, den praktischen Teil der Fortbildung zu übernehmen.
6. Kopie über die Teilnahme Ihres Arbeitgebers an einem Einführungsseminar betreffend BBA-Z

Für Teilnehmerinnen, die bereits an einem Kurs teilgenommen haben, entfällt die Übersendung der v. g. Anlagen.

Ort, Datum

Unterschrift ZFA

b.w.

Erklärung des Arbeitgebers

Ich erkläre, dass ich von der oben stehenden Anmeldung Kenntnis genommen habe und die Zahnmedizinische Fachangestellte an den Kurs- und Prüfungstagen freistelle.

Ich verpflichte mich die Zahnmedizinische Fachangestellte in den praktischen Tätigkeiten entsprechend den jeweiligen Anforderungen auszubilden

Ort, Datum

Praxisstempel, Unterschrift Arbeitgeber

Zahlung

Ich erkläre mich bereit, die Kosten für den Kurs zu übernehmen und bin mit einer Abbuchung der Gebühr von meinem Bankkonto einverstanden
(nur bei Mitgliedern der BZK Koblenz möglich).

Die Kursgebühr werde ich bis **spätestens zwei Wochen vor Kursbeginn** auf das Konto der Bezirkszahnärztekammer Koblenz bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Koblenz,
IBAN: DE06 3006 0601 0001 0559 92, BIC: DAAEDEDXXX, überweisen.

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlers