

Voranmeldung zur Aufstiegsfortbildung

Name, Vorname:	
Anschrift privat:	
Datum der ZH/ZFA -Prüfung:	
Berufstätigkeit in Jahren:	
Beschäftigt bei Praxis:	
Anschrift Praxis:	

Voranmeldung für (bitte Zutreffendes ankreuzen):

**Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin/ Zahnmedizinischer
Prophylaxeassistent**

Kursgebühr: derzeit 3.800,00 €

**Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin/ Zahnmedizinischer
Verwaltungsassistent**

Kursgebühr: derzeit 4.300,00 €

Datum, Unterschrift: _____

Kontakt:

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Frau Vorstadt

Große Diesdorfer Straße 162

39110 Magdeburg

vorstadt@zahnaerztekammer-sah.de