

## 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**

*Die Kursgebühren richten sich nach der Anzahl der Teilnehmenden.*

**Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin/  
Zahnmedizinischer Verwaltungsassistent**

*Die Kursgebühren richten sich nach der Anzahl der Teilnehmenden.*

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Kontakt:**

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Frau Vorstadt

Große Diesdorfer Straße 162

39110 Magdeburg

[vorstadt@zahnaerztekammer-sah.de](mailto:vorstadt@zahnaerztekammer-sah.de)