

**Anmeldung (14. ZMV-Kurs) zur Aufstiegsfortbildung zur/m  
Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin/en (ZMV) in der  
Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt beginnend bei ausreichender  
Teilnehmerzahl**

**1. Personalien** (bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Name: ..... Vorname: .....

ggf. Geb.-Name: .....

Geb.-Datum: ..... Geb.-Ort: .....

Adresse: ..... PLZ /Ort: .....

Tel.-Nr. privat: ..... Handy Nr.: .....

E-mail: .....

Beschäftigt bei: .....

Praxis-Anschrift: .....

PLZ/Ort: .....

Tel.-Nr. Praxis: .....

Telefax: .....

Ist die o.g. Praxis auch Rechnungsanschrift?       Ja       Nein

**2. Auszug aus der Fortbildungsordnung für die Durchführung der beruflichen  
Aufstiegsfortbildung der/des ZFA zur ZMV vom 19.08.2020**

**„Zulassungskriterien und Anmeldung**

(1) Voraussetzungen zur Zulassung an der Fortbildung sind:

1. Nachweis eines Abschlusses als Zahnmedizinische Fachangestellte, Zahnarthelfer/innen oder eines gleichwertigen Abschlusses,
2. erfolgreiche Absolvierung einer geforderten Aufnahmeprüfung.
3. Dem Bewerbungsantrag sind eine beglaubigte Fotokopie nach Abs. 1 Nr. 1 unter Beachtung der Anmeldefristen beizufügen.“

### 3. Teilnahmegebühr bei mindestens 23 Teilnehmer/-innen / Veranstaltungsort

Für die Anmeldung gelten die nachstehenden Gebühren. (voraussichtliche Preise)

Aufnahmetest:	30,00 €
1. Rate:	1000,00 €
2. Rate:	1000,00 €
3. Rate:	1000,00 €
Prüfungsgebühr:	280,00 €
Wiederholungsgebühr:	140,00 €

Veranstaltungsort: Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt  
Fortbildungsinstitut  
Große Diesdorfer Straße 162  
39110 Magdeburg

### 4. Sonstiges

Mit meiner Unterschrift melde ich mich bzw. die unter 1 genannte Person verbindlich zu der ZMV-Fortbildung der ZÄK S.-A. an. Mir ist bekannt, dass kein Rechtsanspruch auf Teilnahme besteht. Die ZÄK S.-A. ist berechtigt, den Kurs bis spätestens 2 Wochen vor Kursbeginn abzusagen, ohne dass hieraus Ansprüche gegenüber der ZÄK S.-A. geltend gemacht werden können.

***Der/die Anmeldende kann die Teilnahme bis zu 6 Monate vor Beginn der Aufstiegsfortbildung kostenfrei stornieren.*** Der Rückzahlungsanspruch einer evtl. bereits gezahlten Kursgebühr bleibt davon unberührt. Bei späterer Stornierung kann die ZÄK S.-A. die volle Teilnahmegebühr beanspruchen.

.....  
(Ort/Datum)

.....  
(Unterschrift) Rechnungsempfänger

---

**Bitte senden Sie die Anmeldung nebst Bewerbungsunterlagen an folgende Anschrift:**

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt  
z. Hd. Frau Vorstadt  
Große Diesdorfer Straße 162  
39110 Magdeburg  
vorstadt@zahnaerztekammer-sah.de