

## Voranmeldung zur Aufstiegsfortbildung



Name, Vorname der Teilnehmerin: \_\_\_\_\_

Adresse der Teilnehmerin: \_\_\_\_\_

Datum der Helferinnen- bzw.  
ZFA-Prüfung: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit in Jahren: \_\_\_\_\_

Name/Adresse der Zahnarztpraxis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

**Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin**

Kursgebühr: derzeit 3.800,00 €

**Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin**

Kursgebühr: derzeit 3.000,00 €

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