

**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, Zahnarztshelfer/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:	1.150,00 €
2. Rate:	1.150,00 €
3. Rate:	1.100,00 €
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
Frau Vorstadt
Große Diesdorfer Straße 162
39110 Magdeburg
vorstadt@zahnaerztekammer-sah.de