

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 3.600,00 €

Datum, Unterschrift: _____