AKADEMIE DER VORARLBERGER ZAHNÄRZTEKAMMER

*Foto ***

Anmeldung PAss

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Familienname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geb. Datum: _____ Geb. Ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

VersicherungsNr: _____ HandyNr: _____

E-Mail: _____

ZAss Abschluss am: _____ T-Shirt Größe: S M L XL _____

Ordination: _____

Kameraausrüstung in der Ordination: JA: _____ NEIN: _____

Kontaktperson bei Notfall:

Name: _____ HandyNr: _____

Zulassungsvoraussetzungen:

- Vollendung des 18. Lebensjahres
- abgeschlossene Ausbildung als Zahnarztassistentin (Zeugnis und Diplom in Kopie beilegen)
- positiv abgeschlossenes Aufnahmeverfahren

_____

Datum / Unterschrift Assistentin / Praxisstempel und Unterschrift Dienstgeber

****Das Foto für den Fotospiegel kann auch digital per Mail an walch@vlbg.zahnaerztekammer.at gesendet werden!**

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Daten für schulische Zwecke und zur kammerinternen Bearbeitung archiviert und gespeichert werden. Die Fotos werden für die Erstellung eines Fotospiegels und eines Datenblattes verwendet.