



Passfoto **

Anmeldung PAss

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Familienname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geb. Datum: _____ Geb. Ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

VersicherungsNr: _____ HandyNr: _____

E-Mail: _____

Berufserfahrung: _____

Ordination: _____

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

****Bitte unbedingt ein Passfoto aufkleben und 1 Stück für den Fotospiegel mitschicken!**

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.