



Anmeldung

Ich melde meine Assistentin zum Ausbildungslehrgang zur Zahnärztlichen Assistenz an:

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Familiename: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ, Wohnort: _____

Schulabschluss: _____

Geb. Datum: _____ Geb. Ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

VersicherungsNr: _____ HandyNr: _____

E-Mail: _____

1. Arbeitstag _____

Kontaktperson bei Notfall:

Name: _____

HandyNr: _____ E-Mail: _____

Adresse: wie oben Andere: _____

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.