

## Ausbildung zur zahnärztlichen Assistentin

**Anmeldung:** für den theoretischen Fachkurs zur zahnärztlichen Assistentin

**Veranstalter:** NÖ Fortbildungsakademie der Landes Zahnärztekammer für NÖ

**Kursbeginn:** September 2017

### Persönliche Daten:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse, PLZ, Ort	
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	

### Ordinationsdaten:

Name des Zahnarztes	
Adresse, PLZ, Ort	
Telefonnummer	
E-Mail Adresse	

Bitte unbedingt alle Felder ausfüllen – mindestens eine der beiden E-Mail Adressen ist anzugeben

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass die Reihung der Kursteilnehmer nach Einlagen der Anmeldung erfolgt und dass die Kapazität limitiert ist.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Auszubildenden

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Anmeldedaten und nehme zur Kenntnis, dass ich die Kosten für den Grundkurs tragen muss. Als bestätigt gilt eine Anmeldung erst nach Einlangen der Kursgebühr auf dem Konto der Landes Zahnärztekammer für NÖ.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahnarztes

\_\_\_\_\_  
Datum

**Bitte legen Sie diesem Formular das Anmeldeblatt bei der Sozialversicherung bei.**