

Anmeldung zur Aufstiegsfortbildung zur/m Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin/en (ZMP) in der Zahnärztekammer Niedersachsen

1. Personalien

bitte in Blockbuchstaben ausfüllen

Name: _____ Vorname: _____

Ggf. Geb.-Name: _____

Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____

Adresse: _____ PLZ /Ort: _____

Tel.-Nr. privat: _____ Handy Nr.: _____

E-mail : _____

Beschäftigt bei: _____

Praxis-Anschrift: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr. Praxis: _____ Telefax: _____

Ist die o.g. Praxis auch Rechnungsanschrift? () Ja () Nein

Sind Sie Absolvent/in der berufsbegleitenden Aufstiegsfortbildung für
Zahnarzhelfer/innen (BAZ)? () Ja () Nein

2. Erforderliche Nachweise

- a) Nachweis des Abschlusses zum/r Zahnarzhelfer/in, Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r oder stomatologischen Schwester
- b) Nachweis einer mindestens einjährigen Berufserfahrung nach Ausbildungsende
- c) Gültiger Kenntnissnachweis im Strahlenschutz
- d) Teilnahmenachweis für den erste Hilfe Kurs (mind. 16 Std. / nicht älter als 2 Jahre)
- e) Tabellarischer Lebenslauf mit Passfoto
- f) Ggf. BAZ-Teilnahmebescheinigung

Alle Nachweise sind der Anmeldung beizufügen!

b.w.

3. Kurs / Modul

Für die Anmeldung gelten die nachstehenden Gebühren.

Modul I	:	60 Std.	480,00 €
Modul II	:	60 Std.	520,00 €
Modul III	:	100 Std.	1.400,00 €
Modul IV	:	130 Std.	1.080,00 €

Bearbeitungsgebühr	:	40,00 €
Auswahlprüfung (falls gefordert)	:	60,00 €
Prüfungsgebühr	:	300,00 €
Wiederholungsgebühr	:	400,00 €

Die für den Lehrgang benötigten Instrumente sind von den Teilnehmern auf eigene Kosten zu beschaffen. Eine entsprechende Instrumentenliste wird rechtzeitig übermittelt.

Veranstaltungsort: Zahnärztliche Akademie Niedersachsen (ZAN)
Zeißstr. 11a, 30519 Hannover

Achtung:

Absolventen der BAZ-Fortbildung können von der Pflicht Modul 3 zu absolvieren im Einzelfall befreit werden!

- Modul-Nr.: 1 von: _____ bis: _____
- 2 von: _____ bis: _____
- 3 von: _____ bis: _____
- 4 von: _____ bis: _____

Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich zu den oben angegebenen Modulen an. Mir ist bekannt, dass kein Rechtsanspruch auf Teilnahme an den obigen Modulen besteht. Die ZMP-Fortbildungs- und Prüfungsordnung sowie die bestehenden Rechtsvorschriften für die Prüfung habe ich zur Kenntnis genommen.

(Ort/Datum)

(Unterschrift) Antragsteller/in

Falls Arbeitgeber die Fortbildung bezahlt:

(Unterschrift + Praxisstempel)

Bitte senden Sie die Anmeldung nebst Nachweise an folgende Anschrift:
Zahnärztekammer Niedersachsen, z. Hd. Frau Schneider / Frau Weißbach, Zeißstr. 11a, 30519 Hannover