

Bitte per E-Mail, Post oder per Fax
zurück an die BZK Pfalz
E-Mail: irene.oelmann@bzk-pfalz.de
Fax: 0621/5929825-155

Bezirkszahnärztekammer Pfalz
Irene Oelmann
Donnersbergweg 2
67059 Ludwigshafen

(Praxisstempel) WICHTIG

Anmeldung (*) siehe Fußnote

zur Berufsbegleitenden Aufstiegsfortbildung (BBA-Z) für ZFA als Zahnmedizinische/r Verwaltungsassistent/in (ZMV)

Teilnehmer/in:

Name: Vorname:

Geb.-Name: Geb.-Datum:

Geb.-Ort: Tel.-Nr.:

E-Mail:

Straße:

Postleitzahl: Wohnort:

Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r (ZFA/ZAH) in Praxis:

.....
(Name / Adresse)

Der Anmeldung sind beigefügt: (Nur vollständige Anmeldungen können berücksichtigt werden)

1. Urkunde über die bestandene Abschlussprüfung als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r (ZFA/ZAH) (Kopie)
2. Lebenslauf, der Angaben über die bisherige Tätigkeit als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r (ZFA/ZAH) enthalten soll
3. Teilnahmenachweis (Kopie) an **einem** der beiden Kurse „Ausbildung betrieblicher Ersthelfer“ oder einen für die Führerscheinprüfung erforderlichen Kurs „Erste-Hilfe-Ausbildung“ (**jeweils mindestens 9 Unterrichtsstunden**) (Nachweis bei Anmeldung nicht älter als ½ Jahr)
(Zu absolvieren bei: Deutsches Rotes Kreuz, Malteser-Hilfsdienst, Johanniter-Unfall-Hilfe, Samariterdienst o.ä.)
4. Aktueller Nachweis über Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 49 StrlSchV (bitte Kopie der letzten Aktualisierung beifügen)
5. Bescheinigung des Praxisinhabers über die Bereitschaft, den praktischen Teil der Fortbildung (gem. § 7 Abs. 3, Satz 2 Fortbildungsordnung) zu übernehmen (siehe Anhang – Erklärung des Arbeitgebers)
6. Nachweis über die Teilnahme Ihres Arbeitgebers an einem Einführungsseminar betreffend BBA-Z (Kopie)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Teilnehmer/in

.....
Unterschrift Arbeitgeber/in

(*) Die Anmeldung ist für den/die Teilnehmer/in verbindlich und kann kostenfrei nur bis zu einer Frist von 8 Wochen vor Kursbeginn storniert werden; bei einem kurzfristigeren Rücktritt wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 150,- fällig. Bei Nichtantritt eines Kursteiles wird die gesamte Kursgebühr fällig. Bei Abbruch eines Kursteiles durch den/die Teilnehmer/in besteht kein Anspruch auf Rückzahlung der Kursgebühr. Mit der Anmeldung erkennt der/die Teilnehmer/in bzw. der/die Arbeitgeber/in die Zahlungsbedingungen der Bezirkszahnärztekammer Pfalz an.

Erklärung des Arbeitgebers

Hiermit erkläre ich, dass

- ich einen Arbeitsplatz mit entsprechender technischer Ausstattung bereitstelle;
- ich die/den Zahnmedizinische/n Fachangestellte/n (ZFA/ZAH) für **alle** Veranstaltungen des theoretischen Unterrichts **freistelle**;
- ich mich verpflichte, die/den Zahnmedizinische/n Fachangestellte/n (ZFA/ZAH) in den praktischen Tätigkeiten (z. B. Abrechnung) entsprechend den jeweiligen Anforderungen auszubilden;
- ich mich verpflichte, mich für die Durchführung der Kurse der Aufsicht der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz zu unterstellen.

Zusätzliche Angaben:

(WICHTIG - bitte ankreuzen)

- Die Kursgebühr trägt der/die Arbeitgeber/in
(ACHTUNG: Die Kursgebühren werden per Rechnung erhoben)
- Die Kursgebühr trägt der/die Arbeitnehmer/in (Rechnung)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Teilnehmer/in

.....
Unterschrift Arbeitgeber/in

Hinweis an Teilnehmer/in zum Datenschutz:

Bei der Fort- und Weiterbildung werden Bildaufnahmen angefertigt. Diese können im Rahmen der Information über die Veranstaltung und zur Veröffentlichung auf der Internetseite sowie in Printmedien verwendet werden.

Mit Ihrer Unterschrift erfolgt die Einverständniserklärung.

(Bei Nichtzustimmung entstehen Ihnen selbstverständlich keine Nachteile bei der Kursteilnahme)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Teilnehmer/in