

ANMELDUNG 2-JÄHRIGER LEHRGANG

Beginn: Samstag, 6. September 2025, 08:00 Uhr

Angaben zur Mitarbeiterin – bitte in Blockschrift ausfüllen!

Vorname: Name:

geb. am (TT/MM/JJJJ): Geb. Ort:

Straße: PLZ:.....Ort:

Handy Nr.: Staatsbürgerschaft:

E-Mail Adresse:..... SV NR:

Angaben zur Ordination – bitte in Blockschrift ausfüllen!

Ordination:

Ordinationsadresse:

Tel.Nr.: FaxNr.: E-Mail:

Sie ist seit MMJJJJ in Ausbildung als Zahnärztliche Assistenz tätig und in meiner Ordination laufend beschäftigt.

Es werden pro Ordination **auch mehrere Mitarbeiterinnen** zum Lehrgang zugelassen.

Stornobedingungen:

Bei Abmeldung der Assistentin bis 3 Monate vor Lehrgangsbeginn entstehen keine Kosten.

Danach fallen Stornogebühren von 25 % der Ausbildungskosten an.

Sämtliche geforderte Unterlagen, die wir für die Anmeldung benötigen, finden Sie auf unserer Homepage.

Diese Unterlagen MÜSSEN gemeinsam mit dem Anmeldeformular geschickt werden.

Für Fragen wenden Sie sich bitte an Fr. Wernig: +43 (0) 5 05 11 - 9021

.....
Unterschrift der Mitarbeiterin

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift UND Stempel des Arbeitgebers

BITTE senden Sie die Anmeldung MIT DEN UNTERLAGEN per EINSCHREIBEN an:

Landes Zahnärztekammer Kärnten, Frau Melanie Wernig, Neuer Platz 7/1, 9020 Klagenfurt