

Anmeldeformular

Fortgebildete ZAH/ZFA im Bereich Kieferorthopädie

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig in Druckschrift aus und senden es an:
Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 304
19055 Schwerin
Fax: 0385 59108-20

Ich melde mich für o. g. Fortbildung an.

Name

Vorname

Geburtsdatum, -ort

Anschrift

PLZ, Ort

Telefon, E-Mail

Praxis, Praxisanschrift

Kurs

Kieferorthopädie

Kursbeginn, Kursort

Als Anlage reiche ich folgende Unterlagen ein:

Anerkennungsurkunde ZAH/ZFA oder Stom.-Schwester in Kopie

gültiger Nachweis über Kenntnisse im Strahlenschutz

Nachweis über einjährige Berufserfahrung

Ort, Datum

Unterschrift