

Online-Anmeldung unter  
[www.zaekmv.de](http://www.zaekmv.de)

## Zahnmedizinische Verwaltungsassistenz (ZMV) Zahnmedizinische Prophylaxeassistenz (ZMP)

Bitte vollständig in Druckschrift ausfüllen und zurücksenden 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  ZMP  ZMV

Kursbeginn, Kursort \_\_\_\_\_

### Als Anlage reiche ich folgende Unterlagen ein:

- Tabellarischer Lebenslauf
- Nachweis über zweijährige Berufserfahrung
- Anerkennungsurkunde ZAH/ZFA
- Nachweis über Kenntnisse im Strahlenschutz
- Nachweis über Erste-Hilfe-Kurs (9 Doppelstunden)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift