

**Formular zur  
Anmeldung als Ausbildungspraxis/Praktikumspraxis**

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
Wismarsche Str. 304  
19055 Schwerin



Per Fax an: 0385 59108-20

**Ich/Wir habe(n) Interesse an der Bereitstellung eines**

- Ausbildungsplatzes „Zahnmedizinische Fachangestellte“**
- Praktikumsplatzes**

<b>Praxisname</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	
<b>Telefonnummer</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Anzahl der Mitarbeiter/-innen</b>	
<b>geforderter Schulabschluss; Anforderungen Ma, D, Eng; Zensurendurchschnitt:</b>	
<b>Besondere Fähigkeiten / Kenntnisse</b>	
<b>Erforderliche EDV-Kenntnisse (z. B. Word, Excel, Internet)</b>	
<b>Sonstiges</b>	

Mit meiner Unterschrift willige(n) ich/wir ein, dass die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern die Praxisdaten zur Bewerbung des Angebotes an Ausbildungs-/Praktikumsplätzen im Rahmen von Ausbildungsmessen und an Schulen verarbeitet. Ich/wir wurde(n) darüber belehrt, dass die erteilte Einwilligung jederzeit ohne die Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden kann. Der Widerruf kann entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern übermittelt werden. Mir/uns ist zudem bekannt, dass ich/wir die Betroffenenrechte gemäß DSGVO (Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde) gegenüber der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wahrnehmen können.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift