

Bezirkszahnärztekammer Pfalz
Sandra Göhring
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/ZA) 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/ZA) (Kopie)
2. Lebenslauf, der Angaben über die bisherige Tätigkeit als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r (ZFA/ZA) 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 schriftlich vom Teilnehmer 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.

E r k l ä r u n g 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
- ☐ Die Kursgebühr trägt der/die Arbeitnehmer/in (Rechnung)

(ACHTUNG: Die Kursgebühren werden grundsätzlich per Rechnung erhoben)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Teilnehmer/in

.....
Unterschrift Arbeitgeber/in

An alle Teilnehmer/innen der ZMF- bzw. ZMV-Kurse:

Hinweis zum Datenschutz:

Bei der Fort- und Weiterbildung zur/m ZMF bzw. ZMV werden Bildaufnahmen angefertigt. Diese können im Rahmen der Information über die Veranstaltung und zur Veröffentlichung auf unserer Internetseite oder über Instagram und Facebook sowie in div. Printmedien verwendet werden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis!

(Bei Nichteinwilligung entstehen Ihnen selbstverständlich keine Nachteile bei der Kursteilnahme).

.....
Ort, Datum

.....
Name des/r Teilnehmers / Teilnehmerin

Ich willige zudem ein, dass meine persönlichen Daten (Vorname, Name, Anschrift, Telefon, E-Mail) für einen unbegrenzten Zeitraum verwendet werden dürfen - z.B.: für die Einladung zum ZMV-Update, ZFA-Forum etc.

☐ **Ja**

☐ **Nein**

.....
Ort, Datum

.....
Name des/r Teilnehmers / Teilnehmerin