

Anmeldeformular

Strahlenschutzfortbildung laut Medizinischer Strahlenschutzverordnung vom Februar 2018

(bitte in Blockschrift ausfüllen)

Daten Kursteilnehmer

Vorname _____ Nachname _____
Geburtsdatum (TTMMJJJJ) _____ Datum Grundausbildung zur ZAss _____
Straße _____ PLZ _____ Ort _____
Nationalität _____ Telefon privat _____
E-Mail _____ SV-Nr _____

Daten zur Ordination

Ordination (Titel, Vorname, Nachname) _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____
Tel. _____ FAX _____ E-Mail _____

Der/die MitarbeiterIn ist seit _____ (MMJJJJ) zur Zahnärztlichen Assistenz in meiner Ordination laufend beschäftigt.

Hinweis:

Es stehen 30 Teilnahmeplätze zur Verfügung. Es werden pro Ordination auch mehrere MitarbeiterInnen zum Kurs zugelassen.

Stornobedingungen: eine Rückerstattung der Kurskosten ist nicht möglich, jedoch kann der Kurs im selben Kalenderjahr nachgeholt werden.

Ort, Datum

Unterschrift MitarbeiterIn

Unterschrift UND Stempel Arbeitgeber/in