

Bezirkszahnärztekammer Trier  
Geschäftsstelle  
Loebstr. 18  
54292 Trier

**Anmeldeschluss ist am 15.04.2021!**

Wir weisen ausdrücklich darauf hin,  
dass **verspätet** oder **unvollständig**  
eingereichte Anmeldungen **nicht**  
**berücksichtigt werden können und**  
**die Teilnahme an der Prüfung dann**  
**ausgeschlossen ist!!!**

## **Anmeldung**

**zur Abschlussprüfung der Zahnmedizinischen Fachangestellten**

**am 04. und 05. Mai 2021**

### **Ich melde meine Auszubildende**

Frau .....  
geb. am: ..... in.....

Stempel der Praxis

Privatanschrift/Telefon: .....  
.....

Bei Änderung der Privatanschrift bis zum Prüfungsende werden wir die Kammer unverzüglich benachrichtigen.

Beginn der Ausbildung am: .....  
eingetragen in die Ausbildungsrolle der BZK Trier unter Nr. ....

### **zur Abschlussprüfung der Zahnmedizinischen Fachangestellten an.**

Mit ihrer Unterschrift stimmt die Auszubildende der Prüfungsanmeldung zu.

#### **Der Anmeldung sind folgende Unterlagen beizufügen:**

1. alle erteilten Zeugnisse (Kopien) der zuständigen Berufsschule
2. die Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung
3. der von der Auszubildenden erarbeitete und vom (von der) Ausbilder(in) unterschriebene Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) - bitte im Schnellhefter einreichen (keine Ordner)
4. Nachweis des Ausbilders über 10 Stunden Ausbildung und Unterrichtung in Röntgen und Strahlenschutz (**siehe Rückseite**)
5. ggf. Nachweis über eine dreimonatige Ausbildungsmaßnahme außerhalb der Ausbildungsstätte

**Sollten die Unterlagen nicht vollständig eingeschickt werden, fristgemäß, ist eine Teilnahme an der Prüfung ausgeschlossen. Bitte beachten Sie also unbedingt die Vollständigkeit der Unterlagen!!!**

.....  
Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des(r) Ausbilder(in)s

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der Auszubildenden

**bitte wenden**

## vom Ausbildenden auszufüllen

Für die Teilnahme von Auszubildenden an der Wiederholungsprüfung wird eine Gebühr von € 60,-- erhoben. Diese wird zwei Wochen vor dem Termin der schriftlichen Prüfung abgebucht oder ist bis spätestens zu diesem Termin zu überweisen. Bitte beachten Sie die jeweilige Frist!

- Ich (die Ausbilderin / der Ausbilder) bin mit der Abbuchung der Gebühr für die Wiederholungsprüfung meiner umseitig genannten Auszubildenden von meinem Bankkonto einverstanden (nur möglich, wenn der BZK Trier ein Lastschriftmandat vorliegt).
- Die Gebühr für die Wiederholungsprüfung meiner Auszubildenden werde ich **bis spätestens zwei Wochen** vor der Prüfung auf das Konto der Bezirkszahnärztekammer Trier bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, IBAN DE52 3006 0601 0001 5198 91, BIC DAAEDEDXXX, überweisen.

---

Ort, Datum

---

Praxisstempel, Unterschrift