

### vom Arbeitgeber auszufüllen

Ich erkläre mich bereit, den praktischen Teil der Fortbildung gem. § 2 Fortbildungsordnung zu übernehmen.

---

Ort, Datum

---

Praxisstempel, Unterschrift

---

### vom Arbeitgeber auszufüllen

Ich erkläre mich bereit, die Kosten für den BBAZ-Kurs zu übernehmen und bin mit einer Abbuchung der Kursgebühr von meinem Bankkonto

**einverstanden**

(nur möglich, wenn der BZK Trier ein Lastschriftmandat vorliegt)

**nicht einverstanden**

(In diesem Fall bitten wir um Überweisung der Kursgebühr auf das Konto der Bezirkszahnärztekammer Trier bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (IBAN DE52 3006 0601 0001 5198 91, BIC DAAEDEDXXX)

---

Ort, Datum

---

Praxisstempel, Unterschrift