

## Anmeldung

### zur Weiterbildung mit Weiterbildungsausweis in Allgemeiner Zahnmedizin

#### Angaben Weiterbildungsassistent/in

Vorname / Name:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse:

---

---

E-Mail:

---

Diplom (Abschlussjahr / Ort):

---

>> bei ausländischem Diplom Anerkennung Schweiz:

---

#### Weiterbildungsanstellung

Weiterbildungspraxis (Name und Adresse):

---

---

Weiterbildungsleiter/in:

---

Beginn der Weiterbildung (Datum):

---

Pensum (mind. 40 %):

---

#### Vereinbarung

Der/die Weiterbildungsassistent/in und der/die Weiterbildungsleiter/in bestätigen mit untenstehender Unterschrift, das Weiterbildungsreglement gelesen, verstanden und akzeptiert zu haben.

Ort/Datum:

---

WB-Leiter/in:

Ort/Datum:

---

WB-Assistent/in:

*Zustellung innert 4 Wochen seit Beginn der Weiterbildung an das Büro für Zahnmedizinische Weiterbildung BZW, Thunstrasse 7, 3001 Bern zwecks Anerkennung des Weiterbildungsgangs.*