Anmeldung zur Weiterbildung Kieferorthopädie

Hiermit melde ich

_____ _____
Weiterzubildende/r Mitgliedsnummer

(die weiteren Angaben sind nur bei Neumitgliedern erforderlich)

Anschrift: _____

_____

_____

Geburtsdatum: _____

mich gemäß § 3 Absatz 2 der Weiterbildungsordnung bei der Landeszahnärztekammer Hessen zur Weiterbildung im Fachgebiet Kieferorthopädie an.

Meine Weiterbildung beginnt am _____ und wird von

Weiterbildende/r: _____

Anschrift: _____

_____

gemäß § 10 der Weiterbildungsordnung persönlich geleitet.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, sämtliche Vorgaben der Weiterbildungsordnung – insbesondere in Bezug auf meine Pflicht zur lückenlosen Führung des Protokollheftes (Bezug über die LZKH, Frau Ostien-Müller, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt, Tel.: 069 427 275 161) – zu beachten. Während der Weiterbildung eintretende Änderungen werde ich unverzüglich der Landeszahnärztekammer Hessen schriftlich mitteilen.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Weiterzubildende/r

Die Anerkennung von Weiterbildungszeiten kann nur erfolgen, wenn Sie sich mit diesem Formular vor Beginn Ihrer Weiterbildung bei der LZKH angemeldet haben
(LZKH, z. Hd. Frau Ostien-Müller, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt)