

**Anmeldung (15. ZMV-Kurs) zur Aufstiegsfortbildung zur/m  
Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin/en (ZMV) in der  
Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt**

- Beginn bei ausreichender Anzahl an Anmeldungen. -

**1. Personalien** (bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift privat: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.-Nr. privat: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail privat: \_\_\_\_\_

Beschäftigt bei Praxis: \_\_\_\_\_

Anschrift Praxis: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Praxis: \_\_\_\_\_ Fax Praxis: \_\_\_\_\_

E-Mail Praxis: \_\_\_\_\_

Ist die o.g. Praxis auch Rechnungsanschrift?    ( ) Ja    ( ) Nein

**2. Auszug aus der Fortbildungsordnung für die Durchführung der beruflichen  
Aufstiegsfortbildung der/des ZFA zur/m ZMV vom 19.08.2020**

„Zulassungskriterien und Anmeldung

(1) Voraussetzungen zur Zulassung an der Fortbildung sind:

1. Nachweis eines Abschlusses als Zahnmedizinische/r Fachangestellte,  
Zahnarthelfer/in oder eines gleichwertigen Abschlusses,
2. erfolgreiche Absolvierung einer geforderten Aufnahmeprüfung. [...]

[...]

(3) Dem Bewerbungsantrag sind eine beglaubigte Fotokopie nach Abs. 1 Nr. 1 unter Beachtung der Anmeldefristen beizufügen.“

### 3. Teilnahmegebühr bei mindestens 23 Teilnehmenden

Für die Anmeldung gelten die nachstehenden Gebühren.

Aufnahmetest:	30,00 €
1. Rate:	1.400,00 €
2. Rate:	1.400,00 €
3. Rate:	1.500,00 €
Prüfungsgebühr:	280,00 €
Wiederholungsgebühr:	140,00 €

### 4. Veranstaltungsort

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt  
Fortbildungsinstitut  
Große Diesdorfer Straße 162  
39110 Magdeburg

### 5. Sonstiges

Mit meiner Unterschrift melde ich mich bzw. die unter 1. genannte Person verbindlich zu der ZMV-Aufstiegsfortbildung der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt an. Mir ist bekannt, dass kein Rechtsanspruch auf Teilnahme besteht. Die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt ist berechtigt, den Kurs bis spätestens 2 Wochen vor Kursbeginn abzusagen, ohne dass hieraus Ansprüche gegenüber der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt geltend gemacht werden können.

***Der/die Anmeldende kann die Teilnahme bis zu 6 Monate vor Beginn der Aufstiegsfortbildung kostenfrei stornieren.***

Der Rückzahlungsanspruch einer eventuell bereits gezahlten Kursgebühr bleibt davon unberührt. Bei späterer Stornierung kann die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt die volle Teilnahmegebühr beanspruchen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Rechnungsempfänger

---

**Bitte senden Sie die Anmeldung nebst Bewerbungsunterlagen an folgende Anschrift:**

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt  
z. Hd. Frau Vorstadt  
Große Diesdorfer Straße 162  
39110 Magdeburg  
vorstadt@zahnaerztekammer-sah.de