

Anmeldung zur Prüfung „Qualifiziertes Mitglied **BktZ**“

Persönliche Daten:

Name	
Vorname	
Geb.dat. / -ort:	

Anschrift privat:

PLZ / Ort	
Strasse	
Tel. / Fax	
e-mail	

Anschrift Praxis:

PLZ / Ort	
Strasse	
Tel. / Fax	
e-mail	

Approbationsdatum / -ort	
Gewünschtes/r Prüfungsdatum / Prüfungsort	

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Prüfung „Qualifiziertes Mitglied **BktZ**“ an.

Ich versichere ausdrücklich, dass die Planung meiner kieferorthopädischen Behandlungsfälle ausschließlich von mir durchgeführt wird.

Ferner erkläre ich, dass ich seit mindestens 5 Jahren umfänglich und eigenverantwortlich kieferorthopädisch tätig bin.

Eine Zusammenstellung der von mir abgeleiteten Fortbildungen mit den jeweiligen Fortbildungsstunden füge ich auf anliegendem Formular bei.

Die Prüfungsgebühr von 500 € werde ich bis 2 Wochen vor der Prüfung auf das Konto der **BktZ** überweisen.

2 exemplarische Behandlungsfälle (lt. Prüfungsinfo) sowie die entsprechenden Behandlungsunterlagen werde ich zum Prüfungstermin mitbringen.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift