



Büro für zahnmedizinische Weiterbildung  
Bureau pour la formation postgrade  
Ufficio per la formazione postgrado  
Bureau for dental postgraduate education

## Anmeldeformular Weiterbildung zum Weiterbildungsausweis in allgemeiner Zahnmedizin

### Angaben Weiterbildungsassistent\*in

Name/ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Diplom (Abschlussjahr/Ort) \_\_\_\_\_  
(bei ausländischen Diplomen  
zusätzlich: Anerkennung Schweiz) \_\_\_\_\_

### Weiterbildungsanstellung

Ausbildungspraxis Name und  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ausbildner\*in \_\_\_\_\_  
Datum Beginn Weiterbildung \_\_\_\_\_  
Anstellungsprozente (mind. 40%) \_\_\_\_\_

### Vereinbarung

Der/die Weiterbildungsassistent\*in und der/die Weiterbildungsleiter\*in bestätigen mit untenstehender Unterschrift, dass sie das Weiterbildungsreglement gelesen und verstanden haben und das Reglement akzeptiert haben.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_

Weiterbildungsassistent\*in \_\_\_\_\_ Weiterbildungsleiter\*in \_\_\_\_\_

Das Anmeldeformular muss innerhalb der ersten 4 Wochen seit Beginn der Weiterbildung ans Büro für Zahnmedizinische Weiterbildung BZW, Münzgraben 2, Postfach, 3001 Bern, geschickt werden, damit der Weiterbildungsgang anerkannt werden kann. Pro Weiterbildungspraxis wird ein Formular eingeschickt.