



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, Thunstrasse 7, Postfach, 3001 Bern, geschickt werden, damit der Weiterbildungsgang anerkannt werden kann. Pro Weiterbildungspraxis wird ein Formular eingeschickt.