



Anmeldung

Vorbereitungskurs auf die externe Prüfung im Ausbildungsberuf „Medizinische Fachangestellte“

12.04./13.04.2024

24.05./25.05.2024

09.08./10.08.2024

06.09./07.09.2024

25.10./26.10.2024

jeweils von 8.30 bis 15.30 Uhr

Ort: Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)

Geburtsdatum/Geburtsort

Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)

Tel.-Nr. und E-Mail

Anschrift der Arztpraxis

Tel.-Nr.

Die Anmeldung wird schriftlich bestätigt. Die Teilnahmegebühr beträgt **800,00 EUR** und ist nach Erhalt der Zahlungsaufforderung bis zwei Wochen vor Beginn der Veranstaltung zu zahlen. Nach verbindlicher Anmeldung kann eine **Stornierung nur in schriftlicher Form** erfolgen. Bis **14 Werktagen** vor Veranstaltungsbeginn kann die Anmeldung **kostenfrei** storniert werden, bis **7 Werktagen** vor Veranstaltungsbeginn werden **50 % der Teilnahmegebühr** berechnet. Bei Absagen, die **später als 7 Werktagen** vor Beginn der Veranstaltung eingehen bzw. bei **Nichterscheinen** des Teilnehmers wird die **gesamte Teilnahmegebühr** fällig. Bei zu geringer Teilnehmerzahl kann der Kurs durch die SLÄK abgesagt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Kostenübernahmeerklärung (wenn Zahlender von anmeldender Person abweicht)

Die Teilnahmegebühr von 800,00 EUR wird übernommen von

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Zahlenden

ggf. abweichende Rechnungsanschrift

Zugangsvoraussetzungen für den Kurs:

Teilnahmevoraussetzung ist neben den üblichen Tätigkeiten des Berufsbildes einer Medizinischen Fachangestellten der Nachweis einer Tätigkeit in einer Arztpraxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum von

- 2 Jahren, wenn eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem medizinischen Beruf vorliegt,
- 4 Jahren, wenn eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem nicht medizinischen Beruf vorliegt.

Berufsabschluss als

Achtung:

Der Nachweis über den Berufsabschluss in einem medizinischen oder in einem nicht medizinischen Beruf ist in Kopie beizufügen.

Bestätigung über die entsprechende berufliche Tätigkeit in einer Arztpraxis*

Praxisanschrift (Stempel)

In der Arztpraxis tätig seit (Datum)

Bestätigung durch den Arbeitgeber

Stempel und Unterschrift

* Nachweise über eine berufliche Tätigkeit in anderen Arztpraxen sind in geeigneter Form (z. B. Arbeitszeugnis) beizufügen.