



## Anmeldung Mentorenschulung - Berufsausbildung MFA

Die Fortbildungsreihen 1 bis 4 umfassen insgesamt 16 Unterrichtseinheiten zu 45 Minuten und finden wie folgt statt:

Fortbildungsreihe 1 (Ausbildung vorbereiten und strukturiert planen)

freitags, 8.30 bis 15.30 Uhr

Fortbildungsreihe 2 (Ausbildung durchführen und kontrollieren, Prüfungen)

samstags, 8.30 bis 15.30 Uhr

Terminangebote:

Bitte wählen Sie jeweils nur einen Freitag und einen Samstag aus

Fortbildungsreihe 1	Fortbildungsreihe 2
<input type="checkbox"/> 08.04.2022	<input type="checkbox"/> 09.04.2022
<input type="checkbox"/> 04.11.2022	<input type="checkbox"/> 05.11.2022
<input type="checkbox"/> 02.12.2022	<input type="checkbox"/> 03.12.2022

Ort: Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)

Geburtsdatum/Geburtsort

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

Tel.-Nr. und E-Mail

Berufsabschluss

**Prüfungszeugnis als MFA/AH (sofern Prüfung nicht bei der Sächsischen Landesärztekammer erfolgte) oder staatliche Erlaubnis als Kranken- oder Sprechstundenschwester ist in amtlich beglaubigter Kopie beizufügen.**

Anschrift der Arztpraxis

Tel.-Nr.

Die Anmeldung wird schriftlich bestätigt. Die Teilnahmegebühr beträgt **160,00 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 80,00 EUR je Fortbildungstag wird übernommen von

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift des  
Zahlenden

ggf. abweichende  
Rechnungsanschrift

Bestätigung über die mindestens dreijährige berufliche Tätigkeit in einer Arztpraxis

Praxisanschrift (Stempel)

In der Arztpraxis tätig seit

Bestätigung durch den Arbeitgeber

Stempel und Unterschrift