

Hiermit melde ich

Vorname, Name

Mitgliedsnummer

Geburtsdatum:

(die weiteren Angaben sind nur bei Neumitgliedern erforderlich)

Anschrift:

E-Mail:

Telefon:

mich gemäß § 3 Absatz der Weiterbildungsordnung bei der Zahnärztekammer Hamburg zur Weiterbildung an im Fachgebiet\*

Kieferorthopädie

Oralchirurgie

Meine Weiterbildung beginnt am

und wird von

Weiterbildende/r

Anschrift:

gemäß § 10 der Weiterbildungsordnung persönlich geleitet.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, sämtliche Vorgaben der Weiterbildungsordnung zu beachten. Während der Weiterbildung eintretende Änderungen werde ich unverzüglich der Zahnärztekammer Hamburg schriftlich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

\*Zutreffendes bitte ankreuzen

**Die Anerkennung von Weiterbildungszeiten kann nur erfolgen, wenn Sie sich mit diesem Formular vor Beginn Ihrer Weiterbildung bei der Zahnärztekammer Hamburg angemeldet haben.  
(Zahnärztekammer, Sekretariat, Weidestraße 122 b, 22083 Hamburg).**