

ANMELDUNG ZUR AUFNAHMEPRÜFUNG**1. Personalien**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Wohnadresse

Telefon

E-Mail-Adresse

Diplom zur Zahnmedizinischen Assistentin ZMA/SSO oder Lehrabschluss als DA mit EFZ

Ort

Datum

Röntgenberechtigung mit Anerkennung BAG, wenn die DA vor 2001 abgeschlossen hat

Ort

Datum

2. Arbeitgeber

Name

Adresse

Telefon

E-Mail-Adresse

3. Praktikumsstelle, wenn von 2. abweichend

Name.

Adresse

Telefon.

E-Mail-Adresse

Beilage

Kopie des Diploms zur Zahnmedizinischen Assistentin ZMA/SSO oder zur DA mit EFZ und der eventuellen Röntgenberechtigung

Senden per Mail an info@pasz.ch oder per Post: PASZ c/o Zahnarztpraxis Lindenpark,
Schachenstrasse 9, 6010 Kriens