

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Passgenaue Besetzung
Auf der Horst 29
48147 Münster

per Mail: passgenauebesetzung@zahnaerzte-wl.de

oder per Fax: 0251/ 507 - 559

Einverständniserklärung

Ich, _____, bin damit einverstanden, dass meine
(Name, Vorname)

Bewerbungsunterlagen für die Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten, im Rahmen der Passgenauen Besetzung, durch die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe an interessierte Praxen aus meiner Umgebung weitergegeben werden. Sollte ich eine Ausbildungsstelle gefunden haben oder kein weiteres Interesse mehr an der Ausbildungsstellenvermittlung der Zahnärztekammer haben, werde ich dies umgehend mitteilen und meine Daten werden aus dem Vermittlungspool gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift