



Weiterbildungsprogramm zum
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin
Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel
Schweiz

Fügen Sie bitte
hier Ihr Foto ein

Bewerbungsformular Weiterbildungsprogramm zum
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
2024

BITTE senden Sie uns Ihre Bewerbung in 1 Dossier per E-Mail zu (Abgabefrist 30. Juni 2023)

VORNAME	
NACHNAME	
ADRESSE	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	
GEBURTSDATUM	
GEBURTSORT	
TELEFONNUMMER	
E-MAIL ADRESSE	



ZAHNÄRZTLICHE AUSBILDUNG

WEITERFÜHRENDE AUSBILDUNGEN UND FORTBILDUNGEN

BERUFLICHER WERDEGANG



LEHRTÄTIGKEIT

PUBLIKATIONEN UND DISSERTATION

FORSCHUNG



REFERENZEN

DIVERSES / PERSÖNLICHE INTERESSEN

SPRACHKENNTNISSE



FOLGENDE DOKUMENTE MÜSSEN ZUSAMMEN MIT DEM FORMULAR GESENDET WERDEN

1. Zeugnisse der Universität, an der Sie studierten, mit Nachweis der Eidgenössischen Medizinalprüfungen/Staatsexamens, inklusive Noten der verschiedenen Fachgebiete.
2. Zahnarzt Diplom
3. Nachweis eines allgemeinärztlichen Jahres unter Aufsicht, bei Teilzeitanstellung in der Summe 100% Anstellungsgrad.
4. Bestätigungen weiterführender Ausbildungen und Fortbildungen
5. Empfehlungsschreiben (falls vorhanden)
6. Motivationsschreiben und langfristige berufliche Ziele

DATUM: _____ UNTERSCHRIFT: _____

ABGABEFRIST 30. JUNI 2023

Senden Sie bitte das Bewerbungsformular gemeinsam mit allen erwähnten Unterlagen an folgende Email-Adresse: poh@uzb.ch

**Klinik für Pediatric Oral Health und Kieferorthopädie
Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel**

Sekretariat

Mattenstrasse 40

4058 Basel

E-Mail: poh@uzb.ch