

Termine und Fristen – Prüfung Winter 2020/21 Abschlussprüfung medizinische Fachangestellte	
Versand der Anmeldeunterlagen für Azubis im aktiven Ausbildungsverhältnis:	Mitte – Ende August 2020 durch die Bezirksärztekammer Pfalz an die ausbildenden Praxen.
Anmeldeunterlagen für EXTERNE Teilnehmer:	Zu finden am Ende dieser Übersicht
Anmeldeschluss:	<p>spätestens Freitag, 09. Oktober 2020, 12:00 Uhr Eingang bei der Bezirksärztekammer Pfalz</p> <p><u>Wichtiger Hinweis</u> Bei Nichtvorliegen der <u>kompletten</u> Anmeldeunterlagen innerhalb der gesetzten Fristen ist die Zulassung zur Prüfung ausgeschlossen.</p>
Termin schriftliche Prüfung:	<p>Dienstag, 24. November 2020</p> <p>08.30 - 10.30 Uhr – Behandlungsassistenz 11.00 - 13.00 Uhr - Betriebsorganisation- u. -verwaltung 13.30 - 14.30 Uhr - Wirtschafts- u. Sozialkunde</p>
Prüfungsort:	<p>Bezirksärztekammer Pfalz Maximilianstr. 22 67433 Neustadt</p> <p><u>Hinweis:</u> Die Auszubildende ist für den Arbeitstag, der der schriftlichen <u>Abschlussprüfung</u> vorangeht, freizustellen.</p>

Termine praktische Prüfung:	<p>Die nachstehende Angabe ist ohne Gewähr. Es können sich durch zusätzliche An- oder Abmeldungen noch Änderungen ergeben.</p> <p>Die praktische Prüfung wird im Zeitraum vom 11. bis 16. Januar 2021 durchgeführt.</p> <p>Die Auszubildenden erhalten mit der Zulassung ca. Ende Oktober 2021 die endgültige Einteilung.</p>
Prüfungsort:	<p>Bezirksärztekammer Pfalz Maximilianstr. 22 67433 Neustadt 2. Obergeschoss</p>

Fristen zur Antragstellung auf vorzeitige Prüfung aufgrund Leistungsbonus :	<p><u>Wichtiger Hinweis</u> Anträge, die nach diesen Terminen eingehen, können aus organisatorischen Gründen nicht mehr berücksichtigt werden.</p>
für die Sommerprüfung:	spätestens 31. Dezember des Vorjahres
für die Winterprüfung:	spätestens 31. Juli des laufenden Jahres

Stand: März 2020

**Anmeldung zur Wiederholung der Abschlussprüfung
für medizinische Fachangestellte (extern)**

Bezirksärztekammer Pfalz
z. H. Herrn Bachtler
Maximilianstr. 22
67433 Neustadt/Weinstraße

Hiermit melde ich mich zur ____ . **WIEDERHOLUNGSPRÜFUNG** für medizinische Fach-
angestellte als

EXTERNE Teilnehmerin / **EXTERNER** Teilnehmer

verbindlich an.

Name, Vorname:	
Geb.-Dat.:	
Straße:	
PLZ/Wohnort:	
Tel. privat:	
Tel. dienstlich:	
Email:	

(bitte leserlich in Druckbuchstaben schreiben!)

Meine letzte Prüfung war am: _____
Datum

Ort und Datum

Unterschrift