

An die  
Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen

Fax: 06131-49085-12

E-Mail: [ausbildung@bzkr.de](mailto:ausbildung@bzkr.de)

---

---

### Anmeldung für die Nutzung des Online-Portal BLOK

Ich/Wir möchte/n meinen/unseren Auszubildenden die Online-Berichtführung anbieten und beantrage/n die Zusendung der Nutzungsvereinbarung für das Online-Portal BLOK.

<i>bei einer Einzelpraxis:</i>	<i>Stempel:</i>
Herr / Frau	
_____	
Titel, Vor- und Nachname des Mitglieds	
<i>bei BAG, MVZ, Klinik etc.:</i>	
_____	
Name der Praxis / des MVZ / der Klinik	
vertreten durch: _____	

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift