

Anmeldung zur Kenntnisprüfung

Hiermit erkläre ich,

(Name des Antragstellers, Geburtsdatum und Adresse mit Mailadresse in Blockschrift),
dass ich über das aktuelle Verfahren der Gleichwertigkeitsüberprüfung aufgeklärt bin.
Ich habe mich dafür entschieden, dass ich auf ein Gutachten verzichten werde.

Ich möchte mich gleich für die Kenntnisprüfung anmelden.

Auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer sind weitere Informationen zur Durchführung der Kenntnisprüfung zu finden.

Datum

Unterschrift des Antragstellers