

Anmeldung zur Kenntnisprüfung

Hiermit erkläre ich (Angaben des Antragstellers/der Antragstellerin, bitte in Blockschrift),

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

eMail-Adresse: _____

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 für die Kenntnisprüfung anmelden.

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

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Bitte senden Sie die Erklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben **per Post** an folgende Adresse:

Regierungspräsidium Stuttgart

Referat 95 –Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie

z.Hd. Frau Kopp/Frau Schroth

Ruppmannstr. 21

70565 Stuttgart