

Anmeldung zur Kenntnisprüfung im Land Brandenburg

Hier: Zahnärztinnen und Zahnärzte



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)
Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:
Dezernat G1
AHB@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Name, Vorname: Straße, Hausnr*.:

PLZ, Wohnort*: Telefon:

E-Mail:

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Kenntnisprüfung an.

Prüfungsverfügbarkeit:

ab sofort

ab

nicht verfügbar vom bis

Die Teilnahme an der Kenntnisprüfung ist kostenpflichtig.

Die Gebühr in Höhe von 2.200,00 Euro (bei ausschließlicher Teilnahme am praktischen Abschnitt der Kenntnisprüfung in Höhe von 1.450,00 Euro) wird mit der Ladung durch die Landes Zahnärztekammer Brandenburg fällig.

Die Angaben zur Bankverbindung sind der darin beiliegenden Rechnung zu entnehmen.

Über Änderungen meiner Anschrift werde ich im Rahmen meines Antragsverfahrens sowohl die zuständige Anerkennungsbehörde als auch die Landes Zahnärzte-kammer Brandenburg rechtzeitig informieren.

Ort, Datum

.....
Unterschrift

Sie können online unter folgenden Links die [Datenschutzerklärung](#) und die [Hinweise zur DSGVO beim Ausfüllen von Formularen des LAVG](#) abrufen.

* Anschrift für das Ladungsschreiben