

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße, Hausnummer\*

.....  
PLZ, Wohnort\*

.....  
Telefon\*\*

.....  
E-Mail-Adresse\*\*

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit  
Abteilung Gesundheit  
Dezernat akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe  
Wünsdorfer Platz 3  
15806 Zossen OT Wünsdorf

## **Anmeldung zur Kenntnisprüfung im Land Brandenburg Hier: Zahnärztinnen und Zahnärzte**

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Kenntnisprüfung an.

Prüfungsverfügbarkeit:

- ab sofort
- ab .....
- nicht verfügbar vom ..... bis .....

Die Teilnahme an der Kenntnisprüfung ist kostenpflichtig.

Die Kosten in Höhe von 2.000,00 Euro sind mit der Anmeldung zu begleichen und unter Angabe des vollständigen Namens und des Verwendungszwecks „Kenntnisprüfung“ auf folgendes Konto zu überweisen:

Landes Zahnärztekammer Brandenburg  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G. Potsdam  
IBAN: DE89 3006 0601 0003 0887 82  
BIC: DAAEDEDXXX.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
\* Anschrift für das Ladungsschreiben

\*\* freiwillige Angabe