

.....
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 werden mit der Ladung durch die Landes-
zahnärztekammer Brandenburg fällig. Die Angaben zur Bankverbindung entneh-
men Sie der darin beiliegenden Rechnung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
* Anschrift für das Ladungsschreiben

** freiwillige Angabe