



An die
Zahnärztekammer Berlin

Stallstraße 1

10585 Berlin

Anmeldung zur Fachsprachprüfung

Anmeldungsnummer:

- Hiermit bestätige ich, einen Antrag auf Erteilung der Approbation/Berufserlaubnis bei dem zuständigen Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) gestellt zu haben. Eine Kopie der Eingangsbestätigung des LAGeSo ist der Anmeldung beigelegt.

Persönliche Angaben

Anrede: _____

Nachname(-n): _____

Vorname(-n): _____

Rufname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Adresszusatz: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Festnetznummer: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Wiederholungsprüfung: _____

Anlagen zu dieser Anmeldung

Zusammen mit dem unterschriebenen Anmeldeformular sind einzureichen:

- Kopie der Eingangsbestätigung des Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo)
- Kopie des Ausweisdokuments (Personalausweis/Reisepass)

Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Verarbeitung der von mir übermittelten Daten durch die Zahnärztekammer Berlin einverstanden bin.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____