

Kann eingetragen werden!
Berlin, _____

Reg. Nr.

eingetragen am:

Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister

Name, Titel : _____

Geburtsname: _____

Vorname (n): _____

Wohnungsanschrift _____

Geburtsdatum u. -ort/-land: _____

Familienstand: _____ Staatsbürgerschaft: _____

Fremdsprachenkenntnisse: _____

Datum und Ort der Approbation: _____

Datum und Ort der Promotion: _____

Datum und Ort des akademischen Grads: _____

Datum und Ort der Berufserlaubnis: _____

als amtlich oder vertraglich angestellter Zahnarzt (Klinik/Öffentl. Gesundheitsdienst) tätig, wo und seit wann _____

Ausübung sonstiger zahnärztlicher Tätigkeiten: _____

Aufstellung der zahnärztlichen Tätigkeiten nach der Approbation auf Blatt 2!

Als Anlagen sind beigelegt: (Diese Dokumente werden zu der Registerakte genommen!)

Geburtsurkunde

Approbationsurkunde

ggf. Berufserlaubnis

ggf. Promotionsurkunde

ggf. Urkunde über akademischen Grad

Blatt 2 mit entsprechenden Bestätigungen

Ort und Datum

Unterschrift

