

BESTÄTIGUNG ÜBER DIE VORBEREITUNGSZEIT

KZV Berlin
Abt. Zulassung
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungstempel

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr _____

in meiner/unserer Praxis in der Zeit vom _____ bis _____

als Vorbereitungsassistent

Vollzeit

halbtags tätig war.

Datum

Unterschrift Vertragszahnarzt/ärztin