

(Name)	(Vorname)
(Straße, Hausnummer)	
(PLZ, Ort)	
(E-Mailadresse)	(Telefon)
(Aktenzeichen)	

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 – ZAG-aH-
Domplatz 1-3
48143 Münster**

Antrag auf Teilnahme an der Kenntnisprüfung - Zahnheilkunde

Hiermit beantrage ich, _____,
geboren am _____ in _____, die
Teilnahme an der Kenntnisprüfung.

Des Weiteren erkläre ich, dass ich die Teilnahme an der Kenntnisprüfung in einem
anderen Bundesland der Bundesrepublik Deutschland bisher **nicht** beantragt habe.

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Hinweis:

Eine Ladung kann **jederzeit** nach Anmeldung zur Teilnahme an der Kenntnisprüfung
erfolgen. Wunschtermine können nicht berücksichtigt werden.

Bitte beachten Sie, dass nur eine rechtzeitige Überweisung und der Zahlungseingang der
Prüfungsgebühr bei der zuständigen Zahnärztekammer - laut Gebührenbescheid - eine
Teilnahme für jeden Abschnitt der Kenntnisprüfung - sichert.