
(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.