



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 \_\_\_\_\_