



## **Eidesstattliche Erklärung**

von Frau/Herrn \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass ich die Prüfung auf Anerkennung der Weiterbildung zur Führung der beantragten Gebietsbezeichnung nicht bereits zweimal erfolglos absolviert habe und nicht bereits in einer anderen Zahnärztekammer einen Antrag auf Zulassung zur Prüfung gestellt habe, über den noch nicht rechtskräftig entschieden wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift