
(Name des Ausbilders)

_____, den _____

An die
Bezirkszahnärztekammer Pfalz
Donnersbergweg 2
67059 Ludwigshafen

**Allgemein-praktische Tätigkeit von Auszubildenden
in ausschließlich kieferorthopädisch und kieferchirurgisch tätigen Praxen
sowie Einrichtungen in Kliniken und bei der Bundeswehr**

Hiermit bestätige/n ich/wir Ihnen mit, dass

Frau _____

Anschrift _____

geb. am _____ Geburtsort: _____

zur Ausbildung in meiner/unserer Praxis im Rahmen Ihrer Ausbildung in der/den Zeit/en

von _____ bis _____

eine mindestens 3-monatige Ausbildung in der allgemein-zahnärztlichen Praxis von

Herrn/Frau _____

in _____

absolviert hat

Der/die Ausbilder/in

(Unterschrift)

(Praxisstempel)

Diese Bestätigung ist Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung.