

Bestätigung über die Vorbereitungszeit

KZV Land Brandenburg
Abteilung Zulassung/Register
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Hiermit bestätige ich, dass Frau / Herr

in meiner / unserer Praxis in der Zeit vom _____ bis _____
als Vorbereitungsassistent

Vollzeit

halbtags

tätig war.

KZV -Abrechnungsstempel

Ort/Datum

Unterschrift Zahnarzt