

Erklärung

Hiermit erkläre ich,

dass für mich zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Erklärung
(bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen

folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen:

Das frühestmögliche Ende des Beschäftigungsverhältnisses ist der _____

Ferner erkläre ich, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen.

Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung meines zahnärztlichen Berufes nicht entgegen.

Name und Titel

Vorname

Ort/Datum

eigenhändige Unterschrift