

# 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 Zahnärztin/Zahnarzt