



ZAHNÄRZTEKAMMER BREMEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Eidesstattliche Erklärung

von Frau/Herrn _____

geb.: _____, in _____

Hiermit erkläre ich, dass ich die Prüfung auf Anerkennung der Weiterbildung im Fachbereich „Oralchirurgie“ 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.

Bremen, den

Unterschrift

Haus der Zahnärzte
Universitätsallee 25
28359 Bremen

Telefon: 0421 33303-0
Telefax: 0421 33303-23
E-Mail: info@zaek-hb.de
Internet: <http://www.zaek-hb.de>

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE75 3006 0601 0001 1673 67
BIC: DAAEDED
Bremer Landesbank
IBAN: DE16 2905 0000 1009 9910 09
BIC: BRLADE22