

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Große Diesdorfer Str. 162

39110 Magdeburg

Telefon: 0391 7393911

Fax: 0391 7393920

Internet: www.zaek-sa.de

Email: huenecke@zahnaerztekammer-sah.de



Anmeldung zum Sprachtest

Persönliche Angaben (bitte am PC ausfüllen, ausdrucken und per Fax oder E-Mail senden)

Datum und Stelle bereits beantragter Prüfungen: _____

Anrede: _____ Titel: _____ Geschlecht w m

Antragsteller: _____
(Vorname, Nachname)

Geburtsdatum: _____ Geburtsort-/land: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Privatanschrift: _____ Telefon: _____
(Straße)

(PLZ/Ort)

E-Mail: _____

Antrag Berufserlaubnis oder Approbation wurde gestellt:

am: _____ bei: _____
(Datum) (Behörde)

Oder

Erklärung, dass der Antragsteller in Sachsen-Anhalt zahnärztlich tätig werden möchte mit Angabe des künftigen Arbeitgebers:

Arbeitgeber: _____ Ort: _____

Zertifikat GER-Sprachniveau B2 erworben: Ort/Jahr: _____

(bitte Zertifikat im Original oder als beglaubigte Kopie beifügen)

Datenschutzrechtliche Erklärung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die zur Überprüfung der fachbezogenen Deutschkenntnisse erhobenen Daten gespeichert, verarbeitet und das Ergebnis der Überprüfung an das Landesverwaltungsamt Halle weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift