

Berechtigungsschein zum Zwecke der Berufsausübung für das zahnmedizinische Fachpersonal

Erklärung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers für

Vorname/Name:

.....

Straße und Hausnummer:

.....

Wohnort/PLZ:

.....

Als Arbeitgeber/-in bestätige ich, dass die oben genannte Person in der Zahnarztpraxis beschäftigt ist und zur Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung inkl. Notfallbehandlung ihre Arbeitsstelle erreichen muss.

Adresse des/der Arbeitgebers/-in:

.....

.....

.....

Unterschrift Praxisinhaber/Praxisinhaberin, Stempel

.....

.....

.....