



**ZAHNÄRZTEKAMMER
SACHSEN-ANHALT
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS**

Eidesstattliche Erklärung

Mit dieser eidesstattlichen Erklärung bestätige ich,
geb. , dass ich die Prüfung auf Anerkennung der Weiterbildung zum
Fachzahnarzt Oralchirurgie/ Kieferorthopädie nicht bereits zweimal erfolglos
absolviert habe und nicht bereits in einer anderen Zahnärztekammer einen
Antrag auf Zulassung zur Prüfung gestellt habe, der abgelehnt oder über den
dort noch nicht rechtskräftig entschieden wurde.

Ort, Datum

Unterschrift