

Meldung der Absolvierung der Weiterbildung Oralchirurgie

gemäß der Weiterbildungsordnung
für Thüringer Zahnärzte



Angaben zur Weiterbildungsstätte:

Anschrift / Stempel
der Fachpraxis / Klinik:

Zulassung als WB-Stätte seit:

Weiterbildungsleiter:

Ermächtigung als WB-Leiter seit:

Zeitraum der Beschäftigung
des Weiterbildungsassistenten:

Wöchentliche Arbeitszeit:

Angaben zum Weiterbildungsassistenten:

Titel / Vorname / Nachname:

Privatanschrift:

Geburtstag / Geburtsort / Staat:

Telefon / E-Mail:

Approbation Tag / Ort:

Gültigkeitszeitraum Erlaubnis
§ 13 Zahnheilkundegesetz:

Wir versichern die Richtigkeit und Aktualität aller vorstehenden Angaben und eingereichten Anlagen. Uns ist bewusst, dass unrichtige oder unvollständige Angaben rechtswidrig sind und zur Unrichtigkeit der Auskünfte und Entscheidungen der Landes-zahnärztekammer Thüringen (LZKTh) führen. Änderungen und Abweichungen geben wir unaufgefordert der LZKTh bekannt.

Datum, Unterschrift Weiterbildungsleiter

Datum, Unterschrift Weiterbildungsassistent

