

# Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich

---

(Name, Vorname)

---

geboren am

---

wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

an Eides statt, dass ich die Prüfung auf Anerkennung der Weiterbildung im Fachgebiet  
\_\_\_\_\_ nicht bereits mehr als zweimal erfolglos absolviert habe und  
nicht bereits in einer anderen Zahnärztekammer einen Antrag auf Zulassung zur Prüfung  
gestellt habe, über den dort noch nicht rechtskräftig entschieden wurde.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift