Bestätigung über die Ableistung der Vorbereitungszeit nach § 3 Abs. 3 Zahnärzte-ZV

Hiermit bestätige ich, dass Frau / Herr

_____

für die Zeit / Zeiten

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

als Vorbereitungsassistent/in mit einem Beschäftigungsumfang in

☐ **Teilzeit** ☐ **Vollzeit**

(über 15 Wo.-Std.) **(über 30 Wo.-Std.)**

in meiner / unserer Praxis tätig war.

Praxisstempel

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in