

Antrag auf Erteilung der Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt

ZAP

Landesamt für Gesundheit und Soziales
- Landesprüfungsamt -
IV A 313
Postfach 31 09 29
10639 Berlin

Hiermit beantrage ich die Approbation als Zahnärztin/ Zahnarzt.

Familienname:	
Namenszusatz	
Vornamen:	
Rufname:	
Geburtsname:	
Geburtsort:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	
Staatsangehörigkeit:	
Länderkennzeichen:	
Telefon:	
E-Mail-Adresse:	
Straße und Hausnummer:	
Adresszusatz:	
Postleitzahl:	
Ort:	

Folgende Unterlagen (im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie sowie für fremdsprachige Urkunden jeweils zusätzlich beglaubigte Übersetzungen) sind beigelegt bzw. übergebe ich persönlich oder übersende ich umgehend auf dem Postweg:

1. Tabellarischer Lebenslauf;
2. Namensänderungsurkunde, falls sich der Name seit Ausstellung des Zeugnisses über die zahnärztliche Prüfung geändert hat;
3. Identitätsnachweis (**beglaubigte** Fotokopie Personalausweis oder Pass);
4. Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde (amtliches Führungszeugnis);
5. Erklärung darüber, ob ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches bzw. berufsrechtliches Ermittlungsverfahren anhängig ist;
6. Ärztliche Bescheinigung, in der die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs als Zahnärztin/ Zahnarzt bestätigt wird;
7. Promotionsurkunde;

Ich bezahle die Bearbeitungsgebühr:

Bei Auswahl Lastschrifteinzug:

Ich ermächtige hiermit das LAGeSo, diese Gebühr von meinem nachstehend genannten Konto abzubuchen

Name des Kreditinstituts:

IBAN

BIC

Name des Kontoinhabers:

Unterschrift des Kontoinhabers entfällt, da Online-Anmeldung

Datum:

Sie haben Ihren Online-Antrag nur dann erfolgreich gestellt, wenn Sie eine Bestätigung per Email erhalten.

Den Anhang dieser Email reichen Sie bitte unterschrieben mit Ihren Unterlagen ein!