

Ausstellende Praxis/Klinik

(Bezeichnung Praxis/Klinik, ggf. Abteilung)

(weiterbildungsbefugte/r Ärztin/Arzt)

(Anschrift)

Bestätigung einer Tätigkeit als Weiterbildungsassistent/in zur Vorlage bei der Zahnärztekammer Nordrhein

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass Frau/Herr

seit dem _____ bis voraussichtlich zum _____

in unserer Praxis/Klinik als Weiterbildungsassistent/in im Fachgebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein tätig ist.

Eine Weiterbildungsbefugnis durch die Ärztekammer Nordrhein liegt vor.

(Datum, Unterschrift, Stempel)