**Berechtigungsschein zum Zwecke der Berufsausübung für das zahnmedizinische Fachpersonal**

**Erklärung der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers für**

Vorname/Name:

Straße und Hausnummer:

Wohnort/PLZ:

**Als Arbeitgeber/-in bestätige ich, dass die oben genannte Person in der Zahnarztpraxis beschäftigt ist und zur Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung inkl. Notfallbehandlung ihre Arbeitsstelle erreichen muss.**

Adresse des/der Arbeitgebers/-in:

Unterschrift Praxisinhaber/Praxisinhaberin, Stempel