

Zahnärztin
Dr. Eva Pavel



Einverständniserklärung

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass unser/e Sohn / Tochter

_____ ein Praktikum in einer
Praxis mit erhöhtem Infektionsrisiko, absolvieren darf.

(Unterschrift der Eltern)

Krefeld, den _____