



**Anforderungen / Bemerkungen** Eine Vermittlung der Unterkunft ist möglich.  
**geeignet für**  
**Praktikumsdauer** nach Absprache  
**Zeitraum** nach Absprache  
**Standort(e)** Boldixumer Straße 2, 25938 Wyk auf Föhr

**Firma / Institution** Zahnarztpraxis Dr. Daniel Filippow  
**Adresse** Boldixumer Straße 2, 25938 Wyk auf Föhr  
**Betriebsgröße** 1 - 10 Personen  
**Telefon** 04681 7461760  
**E-Mail** inselzahnarzt@gmx.de

## Bewerbung

**per Post** Zahnarztpraxis Dr. Daniel Filippow  
Frau Kirsten Filippow  
Boldixumer Straße 2  
25938 Wyk auf Föhr

**per E-Mail** Frau Kirsten Filippow  
inselzahnarzt@gmx.de