

# Antrag auf Zulassung zur Fachsprachprüfung



Hiermit beantrage ich die Zulassung zur Fachsprachprüfung vor der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern.

**Nachname:**

**Vorname:**

**Geschlecht:**

**Herkunftsland:**

**Geburtsdatum, Geburtsort:**

**Anschrift (Straße, Hausnummer, Plz, Ort):**

**Kontakt (Email-Adresse, Telefonnummer):**

**Dem Antrag liegt bei:**

Bescheinigung zur Vorlage bei der Berufskammer für die Anmeldung zur Fachsprachprüfung vom Landesprüfungsamt für Heilberufe in Rostock

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Antrag an die: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern**

AKMVFb307n1

digital als Email an: [info@akmv.de](mailto:info@akmv.de)  
oder Postanschrift: Apothekerkammer MV, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

Die Bearbeitung des Antrages erfolgt innerhalb einer Frist von 4 Wochen.