

Antrag auf Zulassung zur Fachsprachenprüfung



Antragsteller:
(Name, Vorname, Titel)

Geschlecht:
(m/w/d)

Herkunftsland:

Geburtsdatum, Geburtsort:

Anschrift:
(Straße, Hausnummer, Plz, Ort)

Kontakt:
(Email-Adresse, Telefonnummer)

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

Die Fachsprachenprüfungen finden in jedem Jahr im ersten, zweiten, dritten und vierten Quartal statt.

beabsichtigter Prüfungstermin:
(Quartal 1,2,3 oder 4, Jahr)

Dem Antrag liegt bei:

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

Ort, Datum

Unterschrift

[**Digitale Formulare:** **1.** Füllen Sie die **Felder** aus. **2.** Fügen Sie Ihre **Unterschrift** hinzu: Im kostenlosen Programm Acrobat Reader wählen Sie den Menüpunkt „Signieren“. Mit der Schaltfläche „Signatur hinzufügen“ können Sie eine Unterschrift (in Textform, gezeichnet oder als Bilddatei) dem Dokument anfügen. **3.** Speichern Sie zum Ende die Datei mit neuem Dateinamen ab und übermitteln diese an uns.]

Antrag an die: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern

digital als Email an fachsprachenpruefung@akmv.de ; oder Postanschrift: Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

AKMVFb0307n2