

Antrag auf Zulassung zur Kenntnisprüfung



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 Kenntnisprüfung vor der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern.

Die Kenntnisprüfungen finden in jedem Jahr im zweiten und vierten Quartal statt.

beabsichtigter Prüfungstermin:
(Quartal 2 oder 4, Jahr)

Mir wurde die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Kenntnisprüfung vom Landesprüfungsamt für Heilberufe in Rostock vor dieser Antragstellung bestätigt.

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 pruefung@akmv.de ; oder Postanschrift: Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

AKMVFb0332n1