

An:

Landesverwaltungsamt
Landesprüfungsamt/ Referat 507
Ernst-Kamieth-Str. 2
06112 Halle (Saale)

Antrag auf Teilnahme an der Kenntnisprüfung - Ärzte -

Name, Vorname:

aktuelle Adresse:

Geburtstag und -ort:

Hiermit beantrage ich die Teilnahme an der **Kenntnisprüfung für Ärzte**.

Ich erkläre mich bereit, die Kosten hierfür zu übernehmen. Bislang habe ich an
Kenntnisprüfungen teilgenommen.

Wunschtermin frühestens **ab**:

**Bitte beachten Sie, dass die Änderung des Wunschtermins bis zu sechs Wochen vor dem
gewünschten Termin möglich ist!**

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Weitere Hinweise für die Berufsgruppe Arzt/Ärztin finden Sie unter:

<https://www.aeksa.de/www/website/PublicNavigation/arzt/weiterbildung/anererkennungsausland/>

Für allgemeine Nachfragen stehen Ihnen folgende Sachbearbeiter zur Verfügung:

Frau Glocke Mail: jana.glocke@lvwa.sachsen-anhalt.de

Frau Randau Mail: daniela.randau@lvwa.sachsen-anhalt.de