

An:

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

## **Rücknahme meines Antrags auf berufliche Anerkennung (Arzt/Zahnarzt/Apotheker)**

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

E-Mail-Adresse: .....

Hiermit nehme ich meinen Antrag auf Erteilung der

**Berufserlaubnis**

**Approbation**

zurück.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift