

An:

Landesverwaltungsamt
Landesprüfungsamt/ Referat 507
Maxim-Gorki-Str. 7
06114 Halle (Saale)

Rücknahme meines Antrags auf berufliche Anerkennung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail-Adresse:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit nehme ich meinen Antrag auf Erteilung der:

Berufserlaubnis

Approbation

als Ärztin/ Arzt Zahnärztin/ Zahnarzt Apothekerin/ Apotheker

zurück.

Ort, Datum

Unterschrift

Vom Landesprüfungsamt auszufüllen:

Hiermit wird der Eingang Ihrer Rücknahme bestätigt. Zum gegebenen Zeitpunkt erhalten Sie einen gesonderten Kostenfestsetzungsbescheid.

Das/ Die Verfahren _____

Aktenzeichen _____ wird/ werden damit eingestellt.

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift