

An:

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

Ärztliche Bescheinigung

Herr/Frau

geboren am in

wohnhaft

wurde von mir ampersönlich untersucht und

ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als:

- Arzt,**
 Zahnarzt,
 Apotheker,

geeignet.

Ort/Datum

Unterschrift,
Stempel mit Bezeichnung
der Einrichtung des Arztes