

An:

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

Antrag auf Teilnahme an der Kenntnisprüfung

Name, Vorname:

aktuelle Adresse:

Geburtstag und -ort:

Hiermit beantrage ich die Teilnahme an der **Kenntnisprüfung** für:

☐ **Ärzte**

☐ **Apotheker**

☐ **Zahnärzte**

- ☐ **Schriftlicher Prüfungsabschnitt**
- ☐ **Mündlicher Prüfungsabschnitt**
- ☐ **Praktischer Prüfungsabschnitt**

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

Mein Wunschtermin ist:

.....
Ort, Datum, Unterschrift

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

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