



SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

Postleitzahl Ort:

Landesverwaltungsamt
Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe
Maxim-Gorki-Straße 7
06114 Halle (Saale)

Antrag auf Rücknahme

Hiermit ziehe ich meinen Antrag auf Zulassung zum

- Ersten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung
- Zweiten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung
- Dritten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung

zurück.

Datum:

Unterschrift: