

**Universität** :

---

**Name, Vorname** :

---

**Straße, Nr.** :

---

**Postleitzahl Ort** :

---

## **Antrag auf Rücknahme**

**Hiermit ziehe ich meinen Antrag auf Zulassung zum**

- Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**
- Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**
- Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**

**zurück.**

**Datum:**

**Unterschrift:**

---