

Anmeldung zur Kenntnisprüfung

Frau Herr

Vorname _____

Name _____

Anschrift _____

Hinweis: Die Einladung zur Kenntnisprüfung wird an die angegebene Adresse versandt!

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort/-land _____

Staatangehörigkeit _____

Dienststelle _____

Medizinstudium _____

Diplom ausgestellt in (Land) _____

Prüfungsart

Erstprüfung 1. Wiederholungsprüfung 2. Wiederholungsprüfung

Prüfungsverfügbarkeit

ab _____

nicht verfügbar vom _____ bis _____

Antrag bei Approbationsbehörde (LAVG) erfolgt ja nein

Zahlung der Prüfungsgebühr in Höhe von 799,- € ja nein

Nach Übersendung dieses Anmeldeformulars, Zahlungseingang der Prüfungsgebühr in Höhe von 799,- € und Freigabe durch das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) erfolgt die Zuteilung des Prüfungstermins durch die Landesärztekammer Brandenburg.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit aller in diesem Antrag enthaltenen Angaben.

Ort

Datum

Unterschrift

Anlagen zu dieser Anmeldung

Zusammen mit dem unterschriebenen Anmeldeformular sind einzureichen:

- Kopie des Ausweisdokuments (Personalausweis / Reisepass)
- tabellarischer Lebenslauf

Informationen zur Datenverarbeitung der Landesärztekammer Brandenburg finden Sie unter: <https://www.laekb.de/datenschutzinformation>.
Auf Anfrage senden wir Ihnen diese gern auch postalisch zu.