



## Anmeldung zur Kenntnisprüfung

Frau       Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

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.