

.....
Name (bitte in Blockschrift)

.....
Straße, Hausnr. (bitte in Blockschrift)

.....
PLZ und Wohnort (bitte in Blockschrift)

Antrag

Hiermit bitte ich, mich bei der Ärztekammer/Apothekerkammer/Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern für die **Kenntnisprüfung** wie folgt anzumelden
(Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Erstprüfung**
- 1. Wiederholungsprüfung**
- 2. Wiederholungsprüfung**

Ich versichere, dass in keinem anderen Land der Bundesrepublik Deutschland ein Verfahren zur Feststellung meines Ausbildungs- und Kenntnisstandes durchgeführt wird.

- Ebenfalls versichere ich, dass ich mich bisher noch keiner Kenntnisprüfung zum Nachweis der Gleichwertigkeit meines Ausbildungs- bzw. meines Kenntnisstandes unterzogen habe.
- Ich habe bereits in einem anderen Bundesland an einer Prüfung zum Nachweis eines gleichwertigen Ausbildungs- und Kenntnisstandes teilgenommen.

Und zwar einmal/mehrfach in

Gleichzeitig erkläre ich, dass ich weder in meinem Heimat-/Herkunftsland noch in sonst einem Land in einem berufs- oder strafrechtlichen Verfahren verurteilt worden bin und dass kein Verfahren dieser Art gegen mich anhängig ist.

Mir ist bewusst, dass falsche Angaben zu einer Rücknahme meiner Berufserlaubnis führen können.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift