

.....
Name, Vorname (bitte in Blockschrift)

.....
Straße, Haus-Nr. (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.

- Ich versichere, 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
- Ich erkläre, 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.
- Hiermit verzichte ich mit sofortiger Wirkung auf den nach den gesetzlichen Vorgaben der maßgeblichen Berufsgesetze innerhalb von 4 Monaten zu erstellenden rechtsmittelfähigen Bescheid (Feststellungsbescheid) hinsichtlich meines Antrages auf Erteilung der Approbation als Arzt/Ärztin bzw. Zahnarzt/Zahnärztin bzw. Apotheker/Apothekerin.

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift