

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

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Haus-Nr. *(bitte in Blockschrift)*

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

Antrag

Hiermit bitte ich, mich in Mecklenburg-Vorpommern bei der

- Ärztchammer**
- Apothekerkammer**
- Zahnärztekammer**

für die **Kenntnisprüfung** zur

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

anzumelden *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*.

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. *(Wenn zutreffend, bitte ankreuzen!)*
- 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.

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift