

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Mecklenburg-Vorpommern, Abt. 3
- Landesprüfungsamt für Heilberufe –
PF 16 11 61, 18024 Rostock

**Antrag auf Verlängerung / Änderung* der Erlaubnis
zur vorübergehenden Ausübung des Berufes
als Arzt / Zahnarzt / Apotheker***

Name, Vorname (amtliche Schreibweise): _____

Anschrift: _____

Tel.Nummer / E-Mail-Adresse: _____

Begründung des Antrages:

Diesem Antrag sind beizufügen:

- 1.) Ärztliche Bescheinigung im Original, nicht älter als 1 Monat
- 2.) Führungszeugnis Belegart O, nicht älter als 1 Monat
- 3.) Erklärung eines Arbeitgebers in Mecklenburg-Vorpommern über die Bereitschaft zur Begründung eines Arbeitsverhältnisses bzw. zur Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses
- 4.) Bei Verlängerung über das 2. Tätigkeitsjahr hinaus eine besondere Begründung
- 5.) Erklärung, dass Sie zeitgleich keinen anderen Antrag in einem anderen Bundesland gestellt haben.

Ort, Datum

Unterschrift