

Bitte einsenden an:

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Landesprüfungsamt für Heilberufe
PF 16 11 61, 18024 Rostock

Antragsrücknahme

Angaben zur Person

Nachname		
Ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Aktuelle Meldeadresse*	Straße	
	Postleitzahl	
	Ort	
E-Mail-Adresse		
Telefonnummer		

Hiermit ziehe ich meinen Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung als:

zurück.

Mir ist bekannt, dass die Antragsunterlagen nicht an mich zurückgegeben werden, wenn mit der sachlichen Bearbeitung bereits begonnen wurde.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift