

Bitte einsenden an:

Landesamt für Gesundheit und
Soziales Landesprüfungsamt für
Heilberufe

PF 21 10 55, 18083 Rostock

Antragsrücknahme

Nachname		
Ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Aktuelle Meldeadresse*	<i>Straße</i>	
	<i>Postleitzahl</i>	
	<i>Ort</i>	
Emailadresse		
Telefonnummer		

Hiermit ziehe ich meinen Antrag auf Erteilung:

- Approbation Berufserlaubnis

als:

- Arzt/ Ärztin
 Zahnarzt/Zahnärztin
 Apotheker/in
 Psychotherapeut/in

zurück.

Mir ist bekannt, dass die Antragsunterlagen nicht an mich zurückgegeben werden.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift