

Anmeldung zur Kenntnisprüfung im Land Brandenburg

Hier: Apothekerinnen und Apotheker



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)
Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:

Dezernat G1

AHB@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Name, Vorname:

Straße, Hausnr* .:

PLZ, Wohnort*:

Telefon:

E-Mail:

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Kenntnisprüfung an.

Prüfungsverfügbarkeit:

ab sofort

ab

nicht verfügbar vom

bis

Die Teilnahme an der Kenntnisprüfung ist kostenpflichtig.

Die Gebühr in Höhe von 700,00 Euro ist spätestens unmittelbar nach Erhalt der Ladung durch die Landesapothekerkammer zu begleichen und unter Angabe des vollständigen Verwendungszwecks auf folgendes Konto zu überweisen:

Landesapothekerkammer Brandenburg
Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.
IBAN: DE55 3006 0601 0003 0934 68
BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck:

Vorname/Name/Geburtsdatum (ttmmjjjj)

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Sie können online unter folgenden Links die [Datenschutzerklärung](#) und die [Hinweise zur DSGVO beim Ausfüllen von Formularen des LAVG](#) abrufen.

* Anschrift für das Ladungsschreiben