

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer*

.....
PLZ, Wohnort*

.....
Telefon**

.....
E-Mail-Adresse**

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
Dezernat akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe
Wünsdorfer Platz 3
15806 Zossen OT Wünsdorf

**Anmeldung zum Fachsprachtest auf dem Niveau C1 gemäß GER
im Land Brandenburg
Hier: Apothekerinnen und Apotheker**

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Fachsprachtest an.

Prüfungsverfügbarkeit:

- ab sofort
- ab
- nicht verfügbar vom bis

Die Teilnahme am Fachsprachtest ist kostenpflichtig.

Die Kosten in Höhe von 375,00 Euro sind mit der Anmeldung zu begleichen und unter Angabe des vollständigen Namens und des Verwendungszwecks „Fachsprachtest“ auf folgendes Konto zu überweisen:

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

* Anschrift für das Ladungsschreiben

** freiwillige Angabe