

.....  
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 zur Kenntnisprüfung im Land Brandenburg Hier: Apothekerinnen und Apotheker**

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Kenntnisprüfung an.

Prüfungsverfügbarkeit:

- ab sofort
- ab .....
- nicht verfügbar vom ..... bis .....

Die Teilnahme an der Kenntnisprüfung ist kostenpflichtig.

Die Kosten in Höhe von 550,00 Euro sind mit der Anmeldung zu begleichen und unter Angabe des vollständigen Namens und des Verwendungszwecks „Kenntnisprüfung“ 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