
Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer:

E-Mail:

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

Anmeldung zum Fachsprachttest im Land Brandenburg

- Ärztin bzw. Arzt
- Zahnärztin bzw. Zahnarzt
- Apothekerin bzw. Apotheker

Hiermit melde ich mich zum Fachsprachttest an und bitte folgende Terminwünsche (Monate) zu berücksichtigen:

1. ,
2. oder
3.

Mir ist bekannt, dass es sich hierbei um unverbindliche Terminwünsche handelt und die Termine entsprechend der Reihenfolge der Anmeldungen und den jeweiligen Prüfungskapazitäten vergeben werden.

Um eine reibungslose Planung und Durchführung der Fachsprachttests zu ermöglichen, informieren sie bitte unbedingt schriftlich (auch per E-Mail) über folgendes:

- Änderung Ihrer Anschrift
- Zeiten, in denen Sie verhindert sind, am Test teilzunehmen, z.B. Urlaub

Ort, Datum

Unterschrift