



**Bezirksärztekammer Rheinhausen
117er Ehrenhof 3a
55118 Mainz**

Antragsteller/In

Name: _____
Vorname: _____
Geschlecht: _____
Geb.-Datum: _____
Geb.-Ort/Land: _____

Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Bankverbindung: _____
Antrag auf Berufs-
erlaubnis/Approbation
gestellt bei: _____

Anmeldung zur Überprüfung der ärztlichen Fachsprachenprüfung

Hiermit melde ich mich zur Überprüfung der ärztlichen Fachsprachenprüfung an.

Die Prüfungsgebühr von **425,00 €** werde ich an folgende Bankverbindung überweisen:

**Kontoinhaber: Bezirksärztekammer Rheinhausen
Kreditinstitut: Apo Bank
IBAN: DE56300606010104485416
BIC: DAAEDED
Verwendungszweck: Name, Vorname, Geburtsdatum der Antragstellerin/des
Antragstellers**

Ein Prüfungstermin kann erst vergeben werden, wenn die Antragsgebühr von 425,00 € auf dem genannten Konto der Bezirksärztekammer Rheinhausen eingegangen ist.

Hiermit erkläre ich, dass

- ich noch **keinen** Antrag auf Überprüfung der ärztlichen Fachsprachenprüfung gestellt habe.
- ich bereits eine Überprüfung der ärztlichen Fachsprachenprüfung ohne Erfolg absolviert habe.

Wo: _____

Wann: _____

Datenschutzrechtliche Erklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zu Prüfungszwecken erhobenen Daten gespeichert, verarbeitet und nebst Prüfungsergebnis an das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung des Landes Rheinland-Pfalz weitergeleitet werden.

.....
Ort, Datum, Unterschrift
(Gerne auch per Telefax zurück unter: 06131/3869-13)