

Anmeldung zur PKA-Abschlussprüfung



Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Tel. privat: _____

Ausbildungsapotheke: _____

Anschrift: _____

Apothekenleiter/In: _____

Tel: _____

Unterschrift des/r Auszubildenden: _____

Ausbildungszeit: _____

Wiederholungsprüfung: nein ja vorherige Prüfung am: _____
in: _____

wenn ja:
 Hiermit stelle ich als Prüfling den Antrag nach § 29 Abs. 2 Prüfungsordnung für PKA der LAK RLP auf Nichtwiederholen von selbständigen Prüfungsleistungen (Prüfungsbereich _____), die bereits mit mindestens ausreichenden Leistungen bestanden wurden.

Verkürzung: nein ja um _____ Monate

Berufsschule: _____

Mit der Veröffentlichung meiner Daten (Name, Ausbildungsapotheke) im Kammerrundschreiben nach bestandener Prüfung bin ich einverstanden.
ja nein

Mit der Weitergabe meiner Daten im Rahmen der LfB-Jahrgangsbesterfeier bin ich einverstanden.
ja nein

Dieses Anmeldeformular senden Sie bitte ausgefüllt mit den übrigen Unterlagen (s. Rückseite) **bis zum Anmeldeschluss** an die für Sie zuständige Adresse.