



*Gerne auch per Fax: 06131/2701231
oder E-Mail: kirsten.wolski-roth@lak-rlp.de:

Landesapothekerkammer
Rheinland-Pfalz
Am Gautor 15
55131 Mainz

Bewerber/in:

Frau

Mann

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Anmeldung zur Fachsprachenprüfung

1. Prüfungstermin, Mainz

Hiermit melde ich mich an zur Überprüfung der fachbezogenen Deutschkenntnisse zum Prüfungs-termin:

- Februar 20____ oder
 Juni 20____ oder
 Oktober 20____

2. Erklärung über frühere Anmeldungen

Ich habe

- noch keine** Anmeldung auf Überprüfung der fachbezogenen Deutschkenntnisse eingereicht.
 bereits einmal ohne Erfolg an einer Prüfung teilgenommen:
Ort, Datum der vergangenen Prüfung: _____
 bereits mehrmals ohne Erfolg an Prüfungen teilgenommen:
Ort, Datum der vergangenen Prüfungen: _____

3. Anerkennungsantrag**

Der Antrag auf Anerkennung wurde bei folgender Stelle (inkl. Ortsangabe) beantragt:

4. Datenschutzrechtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die zur Überprüfung der fachbezogenen Deutschkenntnisse erhobenen Daten gespeichert, verarbeitet und nebst Ergebnis an das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung des Landes Rheinland-Pfalz weitergeleitet werden.

5. Prüfungsgebühr

Die Prüfungsgebühr beträgt 250,00 € und wird mit der Ladung zur Prüfung fällig.

Ort, Datum

Unterschrift

* Bitte fertig ausgefüllt und unterschrieben per Post oder Fax an diese Adresse senden.

** Bitte fügen Sie einen geeigneten Nachweis bei.