Landesapothekerkammer Hessen KdöR
Geschäftsbereich Pharmazie
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt am Main
oder
E-Mail: pharmazie@apothekerkammer.de

Anmeldung zur Überprüfung der für die Ausübung des Apothekerberufes erforderlichen Deutschkenntnisse gem. § 4 Abs. 1 Nr. 5 Bundes-Apothekerordnung (BApO)

Prüfling

Name	Geburtsdatum
Vorname	Geburtsort
Straße, Haus-Nr.	Telefon
PLZ / Ort	E-Mail-Adresse

Beschäftigungsort

Apotheke	Ort

Ihr frühestmöglicher Prüfungstermin (bitte angeben)

Monat	Jahr

Mit der Anmeldung zur Fachsprachenprüfung C1 Pharmazie bei der LAK Hessen ist einzureichen:

- eine Kopie der Bestätigung, dass ein Antrag auf Erteilung der Approbation beim HLfGP gestellt wurde
- eine Kopie des **GER-B2 Sprachzertifikats (des Goethe-Instituts oder der telc GmbH)**.

Änderungen der aufgeführten Daten teile ich der Landesapothekerkammer Hessen unverzüglich mit.

Ort, Datum	**Unterschrift des Prüflings**

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).