

**ANMELDESCHLUSS**

**PRÜFUNGSORT**

Landesapothekerkammer Hessen KdöR  
Geschäftsbereich Pharmazie  
Postfach 90 06 43  
60446 Frankfurt am Main

**ANMELDUNG ZUR ZWISCHENPRÜFUNG FÜR PKA IM WINTER \_\_\_\_\_**

**AUSZUBILDENDE/R**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**AUSBILDUNGSBETRIEB**

Apotheke \_\_\_\_\_

Name der/des Ausbildenden \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**BERUFSCHULORT** \_\_\_\_\_

**!!! Wichtiger Hinweis !!!**

**Für Auszubildende, die am Tag der Zwischenprüfung noch nicht volljährig sind, muss dieser Anmeldung eine Kopie der ärztlichen Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung gemäß § 33 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz beigelegt werden.**

Die Zwischenprüfung ist gebührenpflichtig. Die Gebühr beträgt **€ 25,00** gemäß Kostenverzeichnis zur Kostensatzung der Landesapothekerkammer Hessen.

Nach erfolgter Anmeldung erhalten Sie die Anmeldebestätigung und den Gebührenbescheid in einem gesonderten Schreiben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der/des Ausbildenden