

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

**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

.....
Telefax

.....
E-Mail-Adresse

Beschäftigungsort

.....
Apotheke

.....
Ort

Wunschtermin (bitte angeben)

___ Frühjahr ___ Sommer ___ Herbst ___ Winter / Jahr 20___

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 HLPUG 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).