

Einordnung individueller Prüfungsergebnisse für Ärzte und Apotheker sowie Zahnärzte nach den Approbationsordnungen

Antragsteller/in

Name	Vorname	
Straße / Nr.		PLZ / Wohnort

2. Adressat

Institut für medizinische und
Pharmazeutische Prüfungsfragen
Postfach 2528
55015 Mainz

3. Anforderung

Hiermit bitte ich um die Erstellung und Übersendung einer Einordnung meiner Prüfungsergebnisse für folgende bisher von mir be-
tandene/n Prüfung/en:

- ☐ Prüfung/en nach der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO 2002 bzw. 2012)
- ☐ Prüfung/en nach der Approbationsordnung für Apotheker (AApprO)
- ☐ Prüfung/en nach der Approbationsordnung für Zahnärzte (ZApprO 2019)

Bitte beachten Sie, dass für Modellstudiengänge eine Einordnung individueller Prüfungsergebnisse nicht möglich ist.

Den Kostenbeitrag in Höhe von **57,00 €** (bei Versand ins Ausland zzgl. 7,20 €) habe ich am _____
auf das Konto

Inhaber: Landeshauptkasse Mainz

Bank: Landesbank Baden-Württemberg – LBBW

IBAN: DE 21 6005 0101 7401 5021 31

BIC: SOLADEST600

mit dem Verwendungszweck „**Dienststelle 1590, Kapitel 8000, Titel 11972**“ überwiesen.

Eine Kopie des für die Bearbeitung erforderlichen Zeugnisses der letzten von mir erfolgreich
abgelegten Prüfung lege ich bei.

Datum

Unterschrift