|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Antragsteller/in** | | | |
| Anrede | Name | Vorname | E-Mail |
| 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 bestandene/n Prüfung/en:  Prüfung/en nach der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO 2002 bzw. 2012)  Prüfung/en nach der Approbationsordnung für Apotheker (AApprO)  Bitte beachten Sie, dass für Prüfungen aus Modellstudiengängen 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.  21.05.2025 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Unterschrift | | | |