|  |
| --- |
| **1. Antragsteller/in** |
| Anrede | Name  | Vorname  | E-Mail       |
| Straße / Nr.      | PLZ / Wohnort       |
| **2. Adressat** |
| Institut für medizinische undPharmazeutische PrüfungsfragenPostfach 252855015 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 KontoInhaber: Landeshauptkasse MainzBank: Landesbank Baden-Württemberg – LBBWIBAN: DE 21 6005 0101 7401 5021 31BIC: SOLADEST600mit 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 |