
Name, Vorname

Datum

Straße, Nr.

Telefonnummer oder E-Mail-Adresse

PLZ, Wohnort

Institut für medizinische und
pharmazeutische Prüfungsfragen
Postfach 25 28
55015 Mainz

Einordnung individueller Prüfungsergebnisse für die Prüfungen nach der Approbationsordnung für Apotheker

Hiermit bitte ich um Erstellung und Übersendung einer Einordnung meiner Prüfungsergebnisse in den Prüfungen nach der Approbationsordnung für Apotheker

- | | | | |
|--------------------------|--|-------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | für alle bisher von mir bestandenen Prüfungen. | Kostenbeitrag: ¹⁾ | |
| <input type="checkbox"/> | nur für folgende bisher von mir bestandene/n Prüfung/en: | eine Prüfung | 35,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Erster Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung, | zwei Prüfungen | 45,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Zweiter Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung, | drei Prüfungen | 55,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Dritter Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung
und Pharmazeutische Prüfung. | | |

¹⁾ Bei Versand in das
Ausland zuzüglich 7,00 €

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

Den Kostenbeitrag in Höhe von _____ € habe ich am _____ auf das Konto

Inhaber: Landeshauptkasse Mainz
Bank: Landesbank Baden-Württemberg - LBBW

Konto-Nr.:	7401502131	IBAN:	DE21 6005 0101 7401 5021 31
BLZ:	600 501 01	BIC:	SOLADEST600

unter der Angabe „Dienststelle 1590 Kapitel 8000 Titel 119 72“ überwiesen.

Unterschrift

Anlage: Zeugniskopie