

Antrag auf Erteilung der Approbation als Apothekerin/ Apotheker

APP

Landesamt für Gesundheit und Soziales
- Landesprüfungsamt -
I A 115
Postfach 31 09 29
10639 Berlin

Hiermit beantrage ich die Approbation als Apothekerin/ Apotheker.

| | |
|------------------------|--|
| Familienname: | |
| Namenszusatz | |
| Vornamen: | |
| Rufname: | |
| Geburtsname: | |
| Geburtsort: | |
| Geburtsdatum: | |
| Geschlecht: | |
| Staatsangehörigkeit: | |
| Länderkennzeichen: | |
| Telefon: | |
| E-Mail-Adresse: | |
| Straße und Hausnummer: | |
| Adresszusatz: | |
| Postleitzahl: | |
| Ort: | |

Folgende Unterlagen (im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie sowie für fremdsprachige Urkunden jeweils zusätzlich beglaubigte Übersetzungen) sind beigefügt bzw. übergebe ich persönlich oder übersende ich umgehend auf dem Postweg:

1. Tabellarischer Lebenslauf;
2. Namensänderungsurkunde, falls sich der Name seit Ausstellung des Zeugnisses über die pharmazeutische Prüfung geändert hat;
3. Identitätsnachweis (**beglaubigte** Fotokopie Personalausweis oder Pass);
4. Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde (amtliches Führungszeugnis);
5. Erklärung darüber, ob ein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches bzw. berufsrechtliches Ermittlungsverfahren anhängig ist;
6. Ärztliche Bescheinigung, in der die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs als Apothekerin/Apotheker bestätigt wird;
7. Promotionsurkunde;

Ich bezahle die Bearbeitungsgebühr:

Bei Auswahl Lastschrifteinzug:

Ich ermächtige hiermit das LAGeSo, diese Gebühr von meinem nachstehend genannten Konto abzubuchen

Name des Kreditinstituts:

IBAN

BIC

Name des Kontoinhabers:

Unterschrift des Kontoinhabers entfällt, da Online-Anmeldung

Datum:

Sie haben Ihren Online-Antrag nur dann erfolgreich gestellt, wenn Sie eine Bestätigung per Email erhalten.

Den Anhang dieser Email reichen Sie bitte unterschrieben mit Ihren Unterlagen ein!