



### Anmeldung zur Wiederholungsprüfung zum Erwerb der

- Facharztbezeichnung \_\_\_\_\_
- Schwerpunkbezeichnung \_\_\_\_\_
- Zusatzbezeichnung \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Dienststelle: \_\_\_\_\_

Approbation seit: \_\_\_\_\_

Promotion seit: \_\_\_\_\_

#### Kontaktdaten

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bei der Landesärztekammer Brandenburg (LÄKB) erfolgreich abgeschlossene Weiterbildungen werden mit Ihrer Zustimmung im Brandenburgischen Ärzteblatt veröffentlicht.

Ich bin mit der Veröffentlichung einverstanden.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit aller der in diesem Antrag enthaltenen Angaben.

Wir weisen darauf hin, dass die Zuständigkeit für die Durchführung des Anerkennungsverfahrens einschließlich des Prüfungsgespräches durch die Landesärztekammer Brandenburg gemäß Heilberufsgesetz nur dann gegeben ist, wenn der Antragsteller/die Antragstellerin Mitglied der Landesärztekammer Brandenburg ist.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift