

**Anmeldung zur Abschlussprüfung Medizinischer Fachangestellter
Externe/r Teilnehmer/in**

Landesärztekammer Brandenburg
Referat Ausbildung MFA
Dreifertstraße 12
03044 Cottbus

Prüfungsbewerber/in

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Einzureichende Unterlagen

- evtl. Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung (Kopie)

Datum, Unterschrift Prüfungsbewerber/in: