

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

Landesärztekammer Brandenburg
Referat Ausbildung MFA
Dreifertstraße 12
03044 Cottbus

Prüfungsbewerber/in

Name, Vorname _____

Geburtsname _____ geboren am _____

Geburtsort _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Handy _____

E-Mail _____

einzureichende Unterlagen

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

Datum, Unterschrift Prüfungsbewerber/in: _____