



**Anmeldung 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