

Ärztchamber Sachsen-Anhalt

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Doctor-Eisenbart-Ring 2

39120 Magdeburg

Telefon: (03 91) 60 54-6

Fax: (03 91) 60 54-70 00

Internet: www.aeksa.de

E-Mail: deutsch-sprachtest@aeksa.de



Anmeldung zum Sprachtest

persönliche Angaben des Antragstellers

(bitte am PC ausfüllen, ausdrucken und per Post, Fax oder E-Mail senden)

Anrede: _____ Titel: _____

Vorname: _____ Name: _____
(wie im Reisepass) (wie im Reisepass)

Geburtsdatum: _____ Geburtsort-/Land: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Privatanschrift: _____ Telefon: _____
Straße _____
PLZ/Ort _____

E-Mail: _____

Antrag auf Berufserlaubnis oder Approbation beim Landesverwaltungsamt/ Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Sachsen-Anhalt wurde gestellt:

am: _____

(bitte Eingangsbestätigung in Kopie beifügen)

Zertifikat GER-Sprachniveau B2 oder höher erworben:

Ort/Jahr: _____

(bitte Zertifikat im Original oder als beglaubigte Kopie beifügen)

Kopie des Reisepasses ist beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift