

An:

Landesverwaltungsamt
Landesprüfungsamt/ Referat 507
Ernst-Kamieth-Str. 2
06112 Halle (Saale)

Rücknahme meines Antrags auf berufliche Anerkennung (Arzt/Zahnarzt/Apotheker/Psychotherapeut)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail-Adresse:

Hiermit nehme ich meinen Antrag auf Erteilung der

☐ **Berufserlaubnis**

☐ **Approbation**

zurück.

Ort, Datum

Unterschrift