

ZULASSUNGSANTRAG GWP

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 5210
Postfach 760 106
22051 Hamburg

GWP

Ansprechpartnerin:
Frau Blumhagen
Telefon: +49 40 42837-3782
E-Mail: nicole.blumhagen@soziales.hamburg.de
Besucheradresse: Billstraße 80, 20539 Hamburg

Antrag auf Zulassung zur mündlichen Überprüfung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes (Kenntnisprüfung) im Sommer/ Winter 20__

Ich beantrage hiermit die Zulassung zur o.g. Prüfung unter Vorlage der nachstehend aufgeführten Unterlagen.

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Anrede	Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>
Name		
Vorname/n		
Geburtsdatum / -ort		
Geburtsname (falls abweichend)		
Staatsangehörigkeit		
Telefon-Nr. / E-Mail		
<u>Meldeanschrift*</u> Straße / Hausnummer PLZ + Ort		

*an diese Anschrift werden alle Prüfungsmitteilungen versandt.

Der Zulassungsantrag muss dem Landesprüfungsamt bis spätestens **01. April / 01. Oktober** eines jeden Jahres zugegangen sein. Der Prüfungszeitraum für das Verfahren im Sommer ist Mai bis August, für das Verfahren im Winter November bis Januar.

Die vorstehenden Angaben habe ich unter Beachtung der Folgen vorsätzlich falscher Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht. Die Zustellung der Zulassung zur Gleichwertigkeitsprüfung kann unter der o.g. Anschrift erfolgen. Den Erhalt der Zulassung werde ich umgehend per E-Mail bestätigen. **Ich bestätige, die Hinweise zum Rücktritt von einer Prüfung einschließlich der Versäumnisfolgen unter www.hamburg.de/landespruefungsamt/pharmazie > Downloadbereich gelesen zu haben.**

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Kenntnisprüfung kostenpflichtig ist.

⇒ _____ ⇐

Ort, Datum

Unterschrift