
Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Land, PLZ, Wohnort

Telefon (*freiwillige Angabe*)

E-Mailanschrift (*freiwillige Angabe*)

Sofern Sie einen Bevollmächtigten haben, teilen Sie dies bitte unter Verwendung des entsprechenden Vordrucks mit.

**Landesamt für Gesundheit und Soziales
Mecklenburg-Vorpommern, Abt. 1
Landesprüfungsamt für Heilberufe
Erich-Schlesinger-Str. 35
18059 Rostock**

Ich beantrage die Erteilung der

Approbation

und/oder

Erlaubnis zur befristeten und beschränkten Erlaubnis zur Ausübung des Berufs (i. F. Berufserlaubnis)

als

Ärztin bzw. Arzt

Zahnärztin bzw. Zahnarzt

Apothekerin bzw. Apotheker

Ich beabsichtige in folgender Einrichtung im Land Mecklenburg-Vorpommern meine Tätigkeit aufzunehmen:

.....
.....

Die erforderlichen Antragsunterlagen sind beigelegt.

Mir ist bekannt, dass die Antragsunterlagen nicht an mich zurückgegeben werden.

Hiermit versichere ich, dass

1. ich zurzeit in keinem anderen Bundesland die Approbation bzw. Berufserlaubnis beantragt habe
- oder
- ich die Approbation und/oder eine Berufserlaubnis in folgendem Bundesland bzw. in folgenden Bundesländern Deutschlands beantragt habe:
-
-
- und/oder
- im Besitz einer Berufserlaubnis in folgendem Bundesland bzw. in folgenden Bundesländern Deutschland bin bzw. war:
-
-
2. gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren, staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder Berufungsgerichtsverfahren anhängig ist.

Ich beantrage die Fertigung von amtlich beglaubigten Kopien der Approbationsurkunde: _____ (Anzahl)

(Für amtlich beglaubigte Kopien der Approbationsurkunde werden gemäß Tarifstelle 5.1.1 der Kostenverordnung für Amtshandlungen der Gesundheitsverwaltung (GesKostVO M-V) vom 26. April 2016, in der derzeit gültigen Fassung, Gebühren erhoben (die erste Beglaubigung 5,00 EUR jede weitere Ausfertigung 2,00 EUR). Sie werden nur angefertigt, wenn dieses bereits auf dem Antrag vermerkt wurde.)

Ort, Datum

Unterschrift