



**Prüfung zur/m  
Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung**

**Anmeldung zur praktisch-mündlichen Prüfung zum**

Winter 20\_\_\_\_\_

Sommer 20\_\_\_\_\_

Name,  
Vorname

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

geboren am

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Die Abschlussprüfung zur/m Arzthelfer/in / Medizinische/n Fachangestellte/n wurde

abgelegt am

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

(Kopie des Prüfungszeugnisses bitte hinzufügen)

Die Pflichtteile wurden/werden von

\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

bei

in

abgelegt.

Der/Die Wahlteil(e)

\_\_\_\_\_

wurde(n) bereits erfolgreich abgelegt, Kopie(n) ist/sind beigefügt

Arbeitgeber (Name/Anschrift/Telefon)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Prüfungsgebühr von 150,00 € ist bis spätestens 4 Wochen vor Prüfungsbeginn an die Bayerische Landesärztekammer auf unten angegebenes Konto mit dem Verwendungszweck „740 500 und Name Prüfungsbewerber/in“ zu überweisen.

Ort, Datum

Unterschrift Prüfungsbewerber/in