

Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
Telefon: 0391 6054-7590
Fax: 0391 6054-7000
Internet: www.aeksa.de
E-Mail: deutsch-sprachtest@aeksa.de



Anmeldung zum Sprachtest-Deutsch

persönliche Angaben

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

Anrede: Herr Frau Titel _____

Vorname: _____ (wie im Reisepass) Name: _____ (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: _____ Kopie der Eingangsbestätigung ist beigelegt.

Zertifikat GER-Sprachniveau B2 oder höher erworben:

Ort/Jahr: _____

(bitte Zertifikat im Original oder als beglaubigte Kopie beifügen)

Prüfungsart

Erstprüfung Wiederholungsprüfung

Teilnahme an der Prüfung

ab sofort ab _____ keine Teilnahme von _____ bis _____

Kopie des Reisepasses ist beigelegt.

Ort, Datum

Unterschrift