

(Name)	(Vorname)
(Straße, Hausnummer)	
(PLZ, Ort)	
(E-Mailadresse)	(Telefon)
(Aktenzeichen)	

Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 – ZAG-aH-
Domplatz 1-3
48143 Münster

Antrag auf Teilnahme an der Kenntnisprüfung - Medizin

Hiermit beantrage ich, _____,
geboren am _____ in _____, die
Teilnahme an der Kenntnisprüfung.

Ich bin bereits als Kammerangehöriger bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe
eingetragen:

- ☐ Ja
☐ Nein

Des Weiteren erkläre ich, dass ich die Teilnahme an der Kenntnisprüfung in einem
anderen Bundesland der Bundesrepublik Deutschland bisher **nicht** beantragt habe.

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Hinweis:

Eine Ladung kann **jederzeit** nach Anmeldung zur Teilnahme an der Kenntnisprüfung
erfolgen.