

Apothekerkammer des Saarlandes
Zähringerstraße 5
66119 Saarbrücken

Anmeldung zur PKA-Zwischenprüfung 2019

Hiermit melde ich mich zur PKA-Zwischenprüfung an:

Name: _____

Anschrift: _____

Ausbildungsbetrieb:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Auszubildenden

Die/der Auszubildende ist damit einverstanden, dass der Ausbildungsbetrieb durch die Apothekerkammer über das Prüfungsergebnis informiert wird.

Unterschrift der/des Auszubildenden

Anlage (bei minderjährigen Auszubildenden)

Bescheinigung nach Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz