

An die
Apothekerkammer des Saarlandes
Zähringerstraße 5
66119 Saarbrücken

Anmeldung zur PKA-Abschlussprüfung Sommer/Winter _____

Hiermit melde ich mich zur Abschlussprüfung an:

Name: _____

Anschrift: _____

.

Im Falle einer Wiederholungsprüfung:

Datum der letzten Prüfung: _____

Fächer, auf die sich die Wiederholungsprüfung erstrecken soll:

Ich bitte um Übermittlung der Prüfungsergebnisse.*

Ausbildungsbetrieb: _____

Apothekenstempel

Vom Prüfling anzukreuzen

Ich bitte um Angabe der Durchschnittsnote des Abschlusszeugnisses der Berufsschule auf dem Prüfungszeugnis.

ja

nein

Ort; Datum

Unterschrift des/der Auszubildenden

Unterschrift des/der Auszubildenden

* Gemäß § 37 BBiG sind dem Ausbildungsbetrieb die Prüfungsergebnisse auf dessen Verlangen zu übermitteln.