

Apothekerkammer Berlin  
Littenstraße 10  
10179 Berlin

### **Anmeldung zur Fachspracheprüfung**

Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache von Apothekerinnen und Apothekern

#### **1. Angaben zur Person**

Herr       Frau

---

Vorname

---

Nachname

---

Straße, Haus-Nr.

---

Postleitzahl, Ort

---

E-Mail:

---

Tel.:

---

Geburtsdatum:

---

Staatsangehörigkeit:

---

#### **2. Beigefügte Unterlagen**

- Aufforderung des LAGeSo, die Fachspracheprüfung bei der Apothekerkammer Berlin abzulegen.
- Sprachzertifikat über Kenntnisse des Sprachniveaus GER B2 im Original oder beglaubigte Kopie; erhalten Sie mit dem Gebührenbescheid zurück.

Ort, Datum

---

Unterschrift

---