

Antrag auf Ausstellung einer Zweitschrift einer Urkunde von der Ärztekammer Berlin

postalisch an:

Ärztekammer Berlin
Abteilung 3, Berufsbildung
Friedrichstraße 16
10969 Berlin

Antrag auf Ausstellung einer Zweitschrift

Registrierungsnummer bei der Ärztekammer Berlin wenn vorhanden: _____

Hiermit beantrage ich eine Zweitschrift folgender Urkunde(n): _____

Brief (AH/MFA) Prüfungszeugnis (AH/MFA) Sonstiges bitte benennen: _____

Datum der Prüfung wenn bekannt: _____

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Name zum Prüfungszeitpunkt falls abweichend vom Familiennamen: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Hiermit erkläre ich, dass ...

mir das Originaldokument abhandengekommen ist (z. B. durch Zerstörung oder Diebstahl). _____

mir bekannt ist, dass für die Ausstellung **je Zweitschrift** entsprechend der Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin eine Gebühr in Höhe von 100,00 Euro anfällt. Den Gebührenbescheid erhalte ich per Post. _____

ich diesem Antrag eine lesbare Kopie meines Personalausweises/Reisepasses zum Zweck der Identifizierung beigelegt habe. _____

ich mit der Verarbeitung der von mir übermittelten Daten durch die Ärztekammer Berlin einverstanden bin. _____

x

Datum, Unterschrift **Antragsteller:in**