MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE - WITTENBERG

Medizinische Fakultät

Antrag auf Zulassung

Name: Vorname:

geb. am: in:

Hiermit stelle ich den Antrag auf Zulassung zur staatlichen Prüfung in der

Gesundheits- und Krankenpflege.

Dem Antrag füge ich bei [1]:

☐ beglaubigte Kopie des Personalausweises

☐ Bescheinigung nach § 1, Abs. 4 KrPflAPrV über die Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen.

Ort und Datum Unterschrift

[1] zutreffendes bitte ankreuzen

HAUSANSCHRIFT:
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)

Fax: (03 45) 5 57-12 34
E-Mail-Adresse: studiendekan@medizin.uni-halle.de
homepage: www.medizin.uni-halle.de

BANKVERBINDUNG:
Deutsche Bundesbank Filiale Magdeburg
IBAN DE37 8100 0000 0080 0015 30
BIC MARKDEF1810