

Anmeldung zur Sprachprüfung Deutsch der Österreichischen Apothekerkammer

☐ Erstanmeldung zur Prüfung	☐ Anmeldung zur Wiederholungsprüfung
--	---

Geschlecht ☐ männlich
☐ weiblich

Titel	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Postzustelladresse (PLZ, Ort, Straße/Gasse, Hausnummer/Stiege/Tür)	
Telefonnummer	
E-Mail	
Datum des Studienabschlusses	
Universität	

Derzeitiger Ausbildungsstand ¹ ☐ Aspirant/in
☐ Apotheker/in

In welchem Bundesland werden Sie arbeiten? ²	
Gewünschter Prüfungstermin	

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

¹ Derzeitiger Ausbildungsstand: Welchen Ausbildungsstand haben Sie zur Zeit der Anmeldung zur Sprachprüfung? Bitte geben Sie nicht Ihren zukünftigen Tätigkeitsbereich in Österreich an!

² Mit der Angabe des Bundeslandes erklären Sie sich einverstanden, dass Ihr Prüfungsergebnis an die zuständige Landesgeschäftsstelle weitergeleitet wird.

Anlagen:

- Bitte senden Sie uns als **Scan** eine Bestätigung über den positiven Abschluss der Deutschprüfung Mittelstufe (C1) in deutscher oder englischer Sprache oder beglaubigter Übersetzung an **recht@apothekerkammer.at**.
- Bitte legen Sie uns als **Scan** den Bescheid bei, mit dem Ihre Apothekerausbildung an einer österreichischen Universität nostrifiziert und Ihnen der akademische Grad „Magistra/Magister der Pharmazie“ verliehen wurde.

Prüfungsgebühr:

Die Prüfungsgebühr von € 890,00 muss spätestens am Tag vor dem Prüfungsantritt auf dem Konto der Österreichischen Apothekerkammer einlangen:

IBAN: AT58 1813 0000 0001 1450

BIC: BWFBATW1XXX

Bank: Österreichische Ärzte & Apotheker Bank AG

Lautend auf: Österreichische Apothekerkammer, Hauptstelle

Information:

Mit der Anmeldung nehmen Sie zur Kenntnis, dass Ihre Angaben mittels EDV verarbeitet werden. Sie bestätigen, dass obig gemachte Angaben richtig und vollständig gemacht wurden und nehmen zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

Prüfungszertifikate werden ausschließlich OHNE akademischen Titel ausgestellt.