Bezirksregierung
Düsseldorf

Antragsrücknahme für den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung – M3

Bezirksregierung Düsseldorf
Dezernat 24 – LPA –
Postfach 30 08 65
40408 Düsseldorf

_____
Hochschule / Universität

_____ _____
Name, Vorname – lt. Geburtsurkunde Geburtsdatum (z. B. 03.05.1999)

_____ _____
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

_____ _____
Telefonnummer E-Mail-Adresse

Hiermit nehme ich meinen Antrag auf Zulassung zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung zurück.

_____ _____
Ort, Datum Eigenhändige Unterschrift