



## Antragsrücknahme für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung – M2

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 Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung zurück.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Eigenhändige Unterschrift

