



Antragsrücknahme für den Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung – **Z2**

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
Zahnärztlichen Prüfung zurück.**

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift

