



Antragsrücknahme für den Dritten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung – **Z3**

Per Post an:

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

Per E-Mail an:

dez24.lpa@brd.nrw.de

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
Zahnärztlichen Prüfung zurück.**

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift

