Bezirksregierung
Düsseldorf

Antragsrücknahme für den Zweiten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung – P2

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

ODER per E-Mail an: Dez24.LPA@brd.nrw.de

Hochschule / Universität

Name, Vorname – lt. Identitätsnachweis

Geburtsdatum (z.B. 03.05.1999)

Straße, Hausnummer **(inländisch)**

Postleitzahl, Ort **(inländisch)**

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Hiermit nehme ich meinen Antrag auf Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung zurück.

Ort, Datum

Eigenhändige oder digitale Unterschrift

