



Antragsrücknahme für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung – M1

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 Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung zurück.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift

