



**ANMELDUNG
ZUR SPRACHPRÜFUNG DEUTSCH
DER ÖSTERREICHISCHEN APOTHEKERKAMMER**

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erstanmeldung zur Prüfung | <input type="checkbox"/> Anmeldung zur Wiederholungsprüfung |
|--|---|

Geschlecht männlich
 weiblich

Titel

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Postzustelladresse
(PLZ, Ort, Straße/Gasse,
Hausnummer/Stiege/Tür)

Telefonnummer

E-Mail

Datum des Studienabschlusses

Universität

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Derzeitiger Ausbildungsstand * Aspirant/in

Apotheker/in

In welchem Bundesland werden Sie arbeiten? **

Gewünschter Prüfungstermin

| |
|--|
| |
| |

| | |
|-----------|--------------|
| Ort/Datum | Unterschrift |
|-----------|--------------|

Nachweise/Beilagen:

Bitte übersenden Sie uns **in Kopie** eine Bestätigung über den positiven Abschluss der Deutschprüfung Mittelstufe (C1) in deutscher oder englischer Sprache oder beglaubigter Übersetzung, per E-Mail an recht@apothekerkammer.at.

Prüfungsgebühr:

Die Prüfungsgebühr von € 890,00 muss spätestens am Tag vor dem Prüfungsantritt auf dem Konto der Österreichischen Apothekerkammer einlangen:

IBAN: AT58 1813 0000 0001 1450

BIC: BWFBATW1XXX

Bank: Österreichische Ärzte & Apotheker Bank AG

Lautend auf: Österreichische Apothekerkammer, Hauptstelle

Information:

Mit der Anmeldung nehmen Sie zur Kenntnis, dass Ihre Angaben mittels EDV verarbeitet werden. Sie bestätigen, dass obig gemachte Angaben richtig und vollständig gemacht wurden und nehmen zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

Prüfungszertifikate werden ausschließlich OHNE akademischen Titel ausgestellt.

* Derzeitiger Ausbildungsstand: Welchen Ausbildungsstand haben Sie zur Zeit der Anmeldung zur Sprachprüfung? Bitte geben Sie nicht Ihren zukünftigen Tätigkeitsbereich in Österreich an!

** Mit der Angabe des Bundeslandes erklären Sie sich einverstanden, dass Ihr Prüfungsergebnis an die zuständige Landesgeschäftsstelle weitergeleitet wird.