

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Wohnort

Erklärung:

Hiermit erkläre ich, daß ich im Rahmen eines Medizin- bzw. Zahnmedizinstudiums nicht in der Bundesrepublik Deutschland an einer Prüfung teilgenommen und diese endgültig nicht bestanden habe.

---

Datum, Unterschrift