

# Erklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich habe einen Antrag auf Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt  
gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)

bei keiner anderen Behörde gestellt.

ebenfalls bei folgender Behörde gestellt:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weiter erkläre ich, dass ich beabsichtige, zukünftig im Regierungsbezirk Arnsberg  
ärztlich tätig zu werden.

Ort, Datum

Unterschrift