ärztekammer niedersachsen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Erklärung – Verlust einer Urkunde

Ich, _____

(Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname zum Zeitpunkt der Prüfung)

_____

(Anschrift)

_____ _____ _____

(geb. am) *(Prüfungsort/ Bezirksstelle)* *(Prüfungsdatum)*

_____ _____

(Telefonnummer) *(E-Mail-Adresse)*

_____ _____

(Ausbildungspraxis) *(besuchte Berufsschule)*

erkläre hiermit, dass folgende Urkunde/n (zutreffendes ankreuzen):

☐ MFA-/ Arzthelfer/in Brief ☐ MFA-/ Arzthelfer/in Prüfungszeugnis

☐ unauffindbar ☐ verloren/ zerstört ☐ beschädigt (bitte die Urkunde mit einreichen)

ist/ sind.

Begründung: _____

Ich bitte um Ausfertigung einer Zweitschrift des o.g. Dokumentes/ der o.g. Dokumente.

Mir ist bewusst, dass Falschangaben auch rechtliche Schritte nach sich ziehen können und versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben. Zudem versichere ich, dass kein Ermittlungsverfahren gegen mich vorliegt und mir die Urkunde/n nicht entzogen wurde/n.

Mit dem Ausstellen der Zweitschrift wird die Originalurkunde ungültig. Bei wiederauffinden des Originals/ der Originale werde ich diese/s unverzüglich an die Ärztekammer Niedersachsen zurückgeben.

Das Ausstellen von Zweitschriften von Urkunden ist gem. der Gebührenordnung der Ärztekammer kostenpflichtig. Die Kosten in Höhe von € 25,00 (pro Zweitschrift) werde ich gem. Vorauszahlungsbescheid entrichten. Nach Zahlungseingang meiner Vorauszahlung wird die Ärztekammer Niedersachsen die Zweitschrift/en ausstellen.

Meine Identität belege ich mit der beigefügten Kopie meines Personalausweises.

Mit der Verarbeitung meiner übermittelten Daten durch die Ärztekammer Niedersachsen bin ich einverstanden.

_____ _____

(Ort, Datum) *(Unterschrift)*