

## Antrag auf Ausstellung einer Zweitschrift einer Urkunde von der Ärztekammer Berlin

### postalisch an:

Ärztammer Berlin  
Abteilung 3, Berufsbildung  
Friedrichstraße 16  
10969 Berlin

### Antrag auf Ausstellung einer Zweitschrift

Registrierungsnummer bei der Ärztekammer Berlin wenn vorhanden: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich eine Zweitschrift folgender Urkunde(n): \_\_\_\_\_

Brief (AH/MFA)     Prüfungszeugnis (AH/MFA)     Sonstiges bitte benennen: \_\_\_\_\_

Datum der Prüfung wenn bekannt: \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name zum Prüfungszeitpunkt falls abweichend vom Familiennamen: \_\_\_\_\_

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

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

Geburtsort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Hiermit erkläre ich, dass ...

mir das Originaldokument abhandengekommen ist (z. B. durch Zerstörung oder Diebstahl).

mir bekannt ist, dass für die Ausstellung **je Zweitschrift** entsprechend der Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin eine Gebühr in Höhe von 60,00 Euro anfällt. Den Gebührenbescheid erhalte ich per Post.

ich diesem Antrag eine lesbare Kopie meines Personalausweises/Reisepasses zum Zweck der Identifizierung beigefügt habe.

ich mit der Verarbeitung der von mir übermittelten Daten durch die Ärztekammer Berlin einverstanden bin.

**x**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift **Antragsteller:in**