

Universität :

Name, Vorname :

Straße, Nr. :

Postleitzahl Ort :

Antrag auf Rücknahme

Hiermit ziehe ich meinen Antrag auf Zulassung zum

- Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**
- Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**
- Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**

zurück.

Datum:

Unterschrift:
