Formular leeren

Formblatt 10BÄO

Familienname (Schreibweise laut Geburts- bzw. Eheurkunde)		Geburtsname (falls abweichend vom Familienname)	
Vorname (Schreibweise laut Geburts- bzw. Eheurkunde)			
Geburtsort		Geburtsdatum	
Wohnort im Herkunftsland		Straße	
Gegenwärtiger Wohnort mit PLZ		Straße	
Telefon		Telefax	
E-Mail			

An das
Landesamt für Soziales (LAS)
- Zentralstelle für Gesundheitsberufe -
Landesprüfungsamt
Konrad-Zuse-Straße 11
65115 Saarbrücken

Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes gemäss § 10 Bundesärzteordnung (BÄO)

Anlagen:

Hiermit beantrage ich die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes gemäss § 10 BÄO im Saarland.

Meinem Antrag füge ich die in Ihrem Merkblatt aufgeführten Nachweise und Erklärungen vollständig und in der Reihenfolge der Ziffern bei.

Die geplante ärztliche Tätigkeit soll in folgendem Rahmen erfolgen:

☐ Tätigkeitsstelle: _____

☐ Geplanter Beginn, geplante Dauer der Tätigkeit: _____

☐ Ziel, Beschreibung der Tätigkeit: _____

☐ Stand der Deutschkenntnisse: _____

Hiermit erkläre ich,

☐ dass ich derzeit oder früher in folgenden Bundesländern einen Antrag auf ärztliche Berufserlaubnis oder Approbation gestellt habe:

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen)

Hiermit erkläre ich außerdem,

☐ dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren oder Berufsgerichtverfahren anhängig ist,

☐ dass gegen mich folgende gerichtliche Strafverfahren, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren oder Berufsgerichtsverfahren anhängig sind:

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

Mir ist bekannt, dass die zuständige Behörde eine Berufserlaubnis nach § 10 BÄO nur vorübergehend und jederzeit widerruflich erteilen kann.

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und der von mir als Anlage vorgelegten Nachweise und Erklärungen.

(Ort) (Datum)

_____

(Unterschrift)