

Name, Vorname	Geburtsdatum Ggf. Geburtsname
Anschrift (Straße, Hausnummer)	Tagsüber telefonisch erreichbar unter Festnetz:
Postleitzahl, Wohnort	Handy: E-Mail:

Unser Geschäftszeichen:  
55.3-2421.Hb\_1-.....  
(bitte ergänzen)

Regierung von Oberbayern  
Sachgebiet 55.3 - Berufszulassungsstelle  
80534 München

**Bundesärzteordnung (BÄO);  
Rücknahme des Antrages auf Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt  
Rücknahme des Antrages auf Erteilung der Berufserlaubnis als Ärztin/Arzt**

**Erklärung**

Am \_\_\_\_\_ habe ich bei der Regierung von Oberbayern einen Antrag auf Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt / auf Erteilung der Berufserlaubnis als Ärztin/Arzt gestellt.

- Hiermit nehme ich verbindlich den Antrag auf Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt zurück**
- Hiermit nehme ich verbindlich den Antrag auf Erteilung der Berufserlaubnis Ärztin/Arzt zurück**

Die von mir eingereichten Unterlagen werden auf Anforderung der Behörde, bei der ich einen neuen Antrag auf Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt / auf Erteilung der Berufserlaubnis als Ärztin/ Arzt gestellt habe / stellen werde, an diese übermittelt.

Die Kosten für den bei der Regierung von Oberbayern entstandenen Verwaltungsvorgang werde ich übernehmen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)