

An:

Apothekerkammer Berlin
Littenstraße 10
10179 Berlin

Von:

Kristina Puls
Leonorenstraße 24
12247 Berlin

Hiermit beantrage ich Kristina Puls, geboren 13.05.1996, die Zulassung zur Prüfung im Gebiet
Fachapothekerin für Arzneimittelinformation.

02.04.2024, Berlin

Datum, Ort



Unterschrift