

Name, Vorname: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Telefon-Nr.: _____
E-Mail Adresse: _____

An das
Hessische Landesprüfungs-und
Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
Lurgiallee 10
60439 Frankfurt am Main

Antrag auf Erteilung eines Certificate of Good Standing

Hiermit beantrage ich _____ geboren am _____
in _____, mir zur Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit in _____
eine Bescheinigung zu erteilen.

Dem Antrag fügen Sie eine amtlich und aktuell beglaubigte Fotokopie des Zeugnisses der ärztlichen Prüfung und der Approbationsurkunde bei, sofern Sie ihre Prüfung in Hessen abgelegt haben, genügt eine einfache Kopie. Wenn der Doktorgrad nicht in die Approbationsurkunde aufgenommen wurde, dann reichen Sie ebenfalls eine einfache Kopie der Promotionsurkunde ein.

Bitte beantragen Sie ein behördliches Führungszeugnis bei ihrer Meldestelle. Geben Sie dazu den Verwendungszweck: Certificate of Good Standing an. Sollten Sie sich bereits länger als 6 Monate im Ausland aufhalten, wird auch ein Führungszeugnis aus ihrem Land verlangt.

Den ärztlichen Beruf habe ich in Hessen von _____ bis _____
ausgeübt.

Für die Ausstellung der o.g. Bescheinigung wird eine Gebühr von zurzeit 90,00 Euro + Portokosten erhoben.

Ich benötige das Certificate of Good Standing

in deutscher Sprache in englischer Sprache

Bei einer Zustellung in das Ausland erhalten Sie zuerst eine Kostenrechnung. Die Zustellung der Bescheinigung kann erst nach Gebühreneingang erfolgen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich wahrheitsgemäß, dass ich nicht vorbestraft bin und ferner, dass gegen mich in der Bundesrepublik Deutschland weder ein Ermittlungsverfahren noch ein gerichtliches Strafverfahren oder ein berufsgerichtliches Verfahren anhängig ist.

Ort, Datum

Unterschrift