

An die  
Universität Würzburg  
Prüfungsamt zur Durchführung der Prüfungen  
nach der Approbationsordnung für Ärzte  
im Auftrag der Regierung von Oberbayern  
Sanderring 2

97070 Würzburg

**Antrag auf Erstellung einer Zweitschrift wegen meines in Verlust geratenen Zeugnisses über**

- die Naturwissenschaftliche Vorprüfung
- die Zahnärztliche Vorprüfung
- die Zahnärztliche Prüfung
- Bescheinigung über die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz

.....  
Name, Vorname, ggf. zusätzlich Familienname auf das das Zeugnis ausgestellt wurde

..... in .....

Geburtsdatum                      Geburtsort

.....  
Datum der Approbationserteilung

**Anschrift:**

.....  
Straße, Hausnummer, ggf. wohnhaft bei

.....  
Postleitzahl, Wohnort

.....  
ggf. Telefonnummer, E-Mail-Adresse

**Versicherung:**

Hiermit versichere ich, dass ich das Original meines oben genannten Zeugnisses unwiederbringlich verloren habe. Ich verpflichte mich, das Original, evtl. hierzu bereits erstellte Zweitschriften oder beglaubigte Kopien im Falle des Wiederfindens unverzüglich an das Referat 2.3. (Prüfungsamt) zurückzugeben. Das Prüfungsamt hat mich darauf hingewiesen, dass das in Verlust geratene Zeugnis durch die Ausstellung einer Zweitschrift seine Gültigkeit verliert und ich gemäß Artikel 52 Satz 2 des Bayerischen Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG) zur Herausgabe des Zeugnisses verpflichtet bin. Ebenfalls wurde ich darauf hingewiesen, dass gemäß § 267 Strafgesetzbuch mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft wird, wer zur Täuschung im Rechtsverkehr eine unechte Urkunde herstellt, eine echte Urkunde verfälscht oder eine unechte oder verfälschte Urkunde gebraucht.

**Das Prüfungsamt ist durch das Kostenverzeichnis zum Kostengesetz (Fundstelle GVBL 2001, S.766) verpflichtet, bei Erstellung einer Zweitschrift eine Gebühr von 15,00 € zu verlangen.**

**Bitte fügen Sie diese Gebühr in bar und eine Kopie Ihres Personalausweises dem Antrag bei. Falls die Zweitschrift zugesandt werden soll, fügen Sie bitte noch Briefmarken im Wert von 4,25 € bei.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Öffnungszeiten:** Montag, Dienstag, Donnerstag, Freitag von 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr  
Mittwoch von 10.00 Uhr bis 12.00 Uhr und von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr  
**Postanschrift:** Sanderring 2, 97070 Würzburg  
**Dienstgebäude:** Hubland Nord, Josef-Martin-Weg 55, 97074 Würzburg  
**Internet:** <https://www.uni-wuerzburg.de/studium/pruefungsamt/staatsexamen/zahnmedizin/>