

ANMELDUNG ZUR WEITERBILDUNG

1. Weiterbildungsgebiet

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinpharmazie | <input type="checkbox"/> Toxikologie und Ökologie |
| <input type="checkbox"/> Klinische Pharmazie | <input type="checkbox"/> Theoretische und Praktische Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Analytik und Technologie | <input type="checkbox"/> Öffentliches Gesundheitswesen |
| <input type="checkbox"/> Arzneimittelinformation | <input type="checkbox"/> Klinische Chemie |

2. Persönliche Daten des Weiterzubildenden

Name:	_____	Geburtsdatum:	_____
Vorname:	_____	Geburtsort:	_____
Straße:	_____	Telefon:	_____
PLZ, Ort:	_____	Approbationsdatum:	_____
E-Mail:	_____		

- Kopie der Approbationsurkunde liegt der Kammer vor
 Kopie der Approbationsurkunde ist beigelegt

3. Die Weiterbildung erfolgt an folgender zugelassener Weiterbildungsstätte

Apotheke, Firma:	_____		
ggf. Abteilung	_____		
Straße:	_____	Telefon:	_____
PLZ, Ort:	_____		
E-Mail:	_____		
zugelassen am:	_____		

4. Die Weiterbildung erfolgt unter folgendem ermächtigten Apotheker

Name:	_____	Vorname:	_____
ermächtigt von:	_____	bis:	_____
Fachapothekertitel:	_____		

5. Der ermächtigte Apotheker ist an folgender zugelassener Weiterbildungsstätte tätig

Der Arbeitsplatz des Ermächtigten stimmt mit Punkt 3. überein.

Es handelt sich um eine Fern bzw. Verbundweiterbildung:

Apotheke, Firma: _____
ggf. Abteilung _____
Straße: _____ Telefon: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____
zugelassen am: _____

6. Angaben zur Weiterbildungszeit

Wochenstundenzahl: _____
Weiterbildungsbeginn: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Weiterzubildenden)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Ermächtigten)

Wenn § 3 Abs. 10 Weiterbildungsordnung zutreffend:

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Arbeitgebers des Weiterzubildenden)

Änderungen der aufgeführten Daten sind der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz, Abt. Fort- und Weiterbildung, unverzüglich mitzuteilen.

SIE ERHALTEN VON UNS EINE BESTÄTIGUNG.