

ÄNDERUNGSMELDUNG 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 Technologie | <input type="checkbox"/> Öffentliches Gesundheitswesen |
| <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Analytik | |
| <input type="checkbox"/> Arzneimittelinformation | |

2. Persönliche Daten des Weiterzubildenden

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

3. Bisherige Weiterbildungsstätte

Apotheke, Firma: _____
zugelassen am: _____

4. Die Weiterbildung wird an folgender zugelassener Weiterbildungsstätte fortgeführt

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

5. Die Weiterbildung erfolgt unter folgendem ermächtigten Apotheker

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

6. Der ermächtigte Apotheker ist an folgender zugelassener Weiterbildungsstätte tätig

Der Arbeitsplatz des Ermächtigten stimmt mit Punkt 4. überein.

Es handelt sich um eine Fern- bzw. Verbundweiterbildung:

Apotheke, Firma: _____

ggf. Abteilung: _____

Straße: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

zugelassen am: _____

7. Angaben zur Weiterbildungszeit

Wochenstundenzahl: _____

Weiterbildungsbeginn: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Weiterzubildenden)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Ermächtigten)

Wenn § 3 Abs. 9 Weiterbildungsordnung zutreffend:

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Arbeitsgebers des Weiterzubildenden)

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

SIE ERHALTEN VON UNS EINE BESTÄTIGUNG.