

AZ:

Mitglieds-Nr.:

Landesapothekerkammer Hessen KdöR
Geschäftsbereich Pharmazie
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt am Main

Anmeldung zur Weiterbildung

Weiterbildungsbereiche

Bitte zutreffendes ankreuzen!

- Ernährungsberatung
- Geriatrische Pharmazie
- Homöopathie und Naturheilkunde
- Onkologische Pharmazie
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Infektiologie
- Medikationsmanagement im Krankenhaus

Weiterzubildende/r

.....
Name

.....
Telefon

.....
Vorname

.....
E-Mail-Adresse

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ / Ort

Institution

.....
Apotheke / Institution

.....
ggf. Abteilung

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
Telefon

.....
PLZ / Ort

.....
E-Mail-Adresse

.....
Ermächtigter Apotheker (Klinische Pharmazie) *

.....
Ermächtigungszeitraum *

* Angabe nur für „Medikationsmanagement im Krankenhaus“ nötig

Weiterbildungszeit

.....
Weiterbildungsbeginn zum

.....
wöchentliche Arbeitszeit (Std./Woche)

Änderungen der aufgeführten Daten teile ich der Landesapothekerkammer Hessen unverzüglich mit.

Ort, Datum

Unterschrift

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).