

Absender

AZ:

Mitglieds-Nr.

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
PLZ, Ort

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

## Änderungsmitteilung zur Weiterbildung

### Änderung des Weiterbildungsgebietes

- von**  Allgemeinpharmazie  
 Klinische Pharmazie  
 Arzneimittelinformation  
 Pharmazeutische Analytik  
 Pharmazeutische Technologie  
 Toxikologie und Ökologie

### Bitte zutreffendes ankreuzen!

- zu**  Allgemeinpharmazie  
 Klinische Pharmazie  
 Arzneimittelinformation  
 Pharmazeutische Analytik und  
Technologie  
 Toxikologie und Ökologie

.....  
zum (Änderungsdatum)

### Änderung der persönlichen Daten der/des Weiterzubildenden

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Telefon

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
PLZ / Ort

.....  
E-Mail-Adresse

## Wechsel der Weiterbildungsstätte

.....  
Apotheke / Unternehmen

.....  
ggf. Abteilung

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

.....  
PLZ / Ort

.....  
Telefax

.....  
zum (Wechseldatum)

## Wechsel der/des Ermächtigten

Bitte zukünftigen Ermächtigten angeben!

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/des Ermächtigten

Ermächtigungszeitraum:

von:

bis:

## Änderungen zur Weiterbildungszeit

Wöchentliche Arbeitszeit bitte immer bei Wechsel der Weiterbildungsstätte angeben!

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

.....  
zum (Änderungsdatum)

.....  
Unterbrechung durch

.....  
von

.....  
bis

.....  
Mutterschutz

.....  
von

.....  
bis

.....  
Elternzeit

.....  
von

.....  
bis

## Beendigung der Weiterbildung

Meine Weiterbildung in Hessen endet zum : .....

Ich bitte um Zusendung einer Bestätigung über die Weiterbildungszeit:  ja  nein

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der/des Weiterzubildenden

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