

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

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
Vorname

.....
PLZ / Ort

.....
Telefon

.....
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).