

AZ:

Mitglieds-Nr.:

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

Anmeldung zur Weiterbildung

Weiterbildungsgebiet

Bitte zutreffendes ankreuzen!

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

Weiterzubildende/r

Name

Telefon

Vorname

E-Mail-Adresse

Straße, Haus-Nr.

PLZ / Ort

Weiterbildungsstätte

.....
Apotheke / Unternehmen

.....
ggf. Abteilung

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
Telefon

.....
PLZ / Ort

.....
Telefax

.....
E-Mail-Adresse

Weiterbildende/r (Ermächtigte/r Apotheker/in)

.....
Name

.....
Vorname

Ermächtigungszeitraum:

von:

bis:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des Ermächtigten

Nur bei Fernermächtigung: Weiterbildende/r (Ermächtigte/r Apotheker/in)

.....
Name

.....
Vorname

.....
Apotheke / Unternehmen

.....
Datum der Zulassung als Weiterbildungsstätte

Ermächtigungszeitraum:

von:

bis:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des Fernermächtigten

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).