

AZ:
Mitglieds-Nr.:

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

Antrag auf Ermächtigung zur Weiterbildung

Hiermit beantrage ich die Ermächtigung zur Weiterbildung wie unten gekennzeichnet gem. § 6 der Weiterbildungsordnung der Landesapothekerkammer Hessen in ihrer aktuellen Fassung, wonach die Ermächtigung zur Weiterbildung auf den Gebieten erteilt werden kann, deren Gebietsbezeichnung ein Apotheker führt. Die Ermächtigung wird in der Regel für sechs Jahre erteilt.

Weiterbildungsgebiet

Bitte zutreffendes ankreuzen!

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinpharmazie | <input type="checkbox"/> erstmaliger Antrag |
| <input type="checkbox"/> Klinische Pharmazie | <input type="checkbox"/> Antrag auf Verlängerung |
| <input type="checkbox"/> Arzneimittelinformation | |
| <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Analytik und Technologie | |
| <input type="checkbox"/> Toxikologie und Ökologie | |

Persönliche Daten

.....
Name

.....
Vorname

.....
Straße / Haus-Nr.

.....
Telefon

.....
PLZ / Ort

.....
Telefax

.....
E-Mail-Adresse

Die Ermächtigung ist an eine bestimmte Weiterbildungsstätte gebunden und erlischt gem. § 6 der Weiterbildungsordnung der Landesapothekerkammer Hessen mit Beendigung der Tätigkeit.

Weiterbildungsstätte

Zulassungsdatum:

.....
Apotheke / Unternehme

.....
ggf. Abteilung

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
Telefon

.....
PLZ / Ort

.....
E-Mail-Adresse

Als Anlage wurde diesem Antrag beigefügt:

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

- Kopie des Bescheides über die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung
- Kopie des Bescheides über die Zulassung als Weiterbildungsstätte
- Der Antrag über die Zulassung als Weiterbildungsstätte liegt der Landesapothekerkammer Hessen vor.

Die Gebühr von **€ 15,-** gem. § 1 der Kostensatzung der Landesapothekerkammer Hessen in ihrer aktuellen Fassung in Verbindung mit Punkt 6.7 des Kostenverzeichnisses, ist bei Antragstellung fällig.

- Einzugsermächtigung liegt der Landesapothekerkammer Hessen vor.
Bitte nicht überweisen!
- Einzugsermächtigung liegt der Landesapothekerkammer Hessen nicht vor,
der o. g. Betrag wurde von mir auf das Konto der Kammer bei der

Deutschen Apotheker- und Ärztebank Frankfurt am Main,
IBAN DE65 3006 0601 0001 1685 17
BIC DAAEDED

überwiesen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

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