- Landesapothekerkammer -
Brandenburg

Übersicht über wahrgenommene Fortbildungsmaßnahmen

vom _____ bis _____

Name, Adresse: _____

Datum	Veranstaltungs-nummer/ ergänzende Informationen	Thema	Ort	Punkte	Kategorie	Status*

* Der Status „anerkannt“ entspricht einer Teilnahme- und Akkreditierungsbestätigung der Landesapothekerkammer Brandenburg. Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.