- Landesapothekerkammer - Brandenburg

ANMELDUNG ZUR REGULÄREN WEITERBILDUNG

auf dem Gebiet _____

1. Persönliche Angaben

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorname _____ Geburtsort _____
Straße _____ Telefon _____
PLZ, Ort _____

2. Angaben zur Weiterbildungsstätte

Apotheke, Firma _____
ggf. Abteilung _____
PLZ, Ort _____ Straße _____
zugelassen am _____ Telefon _____

3. Angaben zum Weiterbildungsleiter

Name _____ Vorname _____
ermächtigt von _____ bis _____

....
(Ort, Datum) (Unterschrift des Ermächtigten)

4. Angaben zur Weiterbildungszeit

Vollzeitweiterbildung _____ Teilzeitweiterbildung _____ (___ h)

Weiterbildungsbeginn _____

....
(Ort, Datum) (Unterschrift des Weiterzubildenden)

Änderungen der aufgeführten Daten sind umgehend der Landesapothekerkammer Brandenburg mitzuteilen. Für auftretende Unterbrechungen ist ein gesondertes Formblatt zu verwenden.

SIE ERHALTEN VON UNS EINE BESTÄTIGUNG.