

# Antrag auf eine persönliche Ermächtigung

gemäß der Weiterbildungsordnung für Apothekerinnen und Apotheker  
der Apothekerkammer Nordrhein

für das Gebiet \_\_\_\_\_

Erstantrag

Verlängerungsantrag (Bitte hier nur Punkt 1) ausfüllen.

Meine bisherige persönliche Ermächtigung galt vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## 1. Persönliche Daten

Antragsteller/in:	_____
Mitglieds-Nr. Apothekerkammer Nordrhein:	_____
Apotheke/Einrichtung:	_____
Straße/Nr.:	_____
PLZ/Ort:	_____
Tel. dienstlich:	_____
Fax dienstlich:	_____
E-Mail:	_____
Tel. privat:	_____

## 2. Ich beantrage die Ermächtigung zur Weiterbildung

**Gemäß § 5 der Weiterbildungsordnung**, wonach die Ermächtigung zur Weiterbildung im Gebiet erteilt werden kann, deren Gebietsbezeichnung die Apothekerin oder der Apotheker führt. Die Ermächtigung wird für einen Zeitraum von sechs Jahren erteilt.

### 3. Nachweis der Berufspraxis

- von allen Antragstellern auszufüllen, die nicht in einer öffentlichen Apotheke tätig sind -

Arbeitgeber	Std./Woche	von - bis	Monate insgesamt

### 4. Als Anlage wurde diesem Antrag beigelegt:

- Nachweis einer sechsjährigen ganztägigen Berufstätigkeit im Gebiet (nur von nicht in einer öffentlichen Apotheke tätigen Kolleginnen und Kollegen einzureichen; bei Angestellten ist der Nachweis vom Arbeitgeber zu bestätigen).
- Kopie der Urkunde über die Anerkennung zum Führen der Gebietsbezeichnung

### 5. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

### 6. Weitergabe persönlicher Daten

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Zusammenhang mit der Zulassung der Apotheke als Weiterbildungsstätte an den zuständigen Amtsapotheker weitergeleitet werden.

Der Antrag ist an die Apothekerkammer Nordrhein, Geschäftsbereich Weiterbildung / Qualitätssicherung, Poststr. 4, 40213 Düsseldorf, zu richten, Tel.: 0211/8388-140, Fax: 0211/8388-222

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift