

**Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte
für das Gebiet *Pharmazeutische Technologie***

Erstantrag

Verlängerungsantrag

Antragsteller/in:	_____
Mitglieds-Nr. <small>Apothekerkammer Nordrhein</small>	_____
Apotheke/Firma/Hochschule	_____
Straße:	_____
PLZ/Ort:	_____
Tel. dienstl.:	_____
Tel. privat:	_____
Fax:	_____
E-Mail:	_____

Antragsberechtigt ist der/die Inhaber/in der Einrichtung:

- Die Zulassung wird in der Regel auf sechs Jahre befristet erteilt; eine kürzere Zulassung ist insbesondere dann möglich, wenn die Weiterbildungsstätte offenkundig nur für eine bestimmte Zeit betrieben werden soll oder kann.
- Die Zulassung wird mit dem Vorbehalt des Widerrufs erteilt.
- Die Zulassung wird widerrufen, wenn die Zulassungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

Eine Zulassung wird erteilt, wenn der/die Antragsteller/in die folgenden Voraussetzungen erfüllt:

1. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass in der Einrichtung wesentliche durch das Weiterbildungsziel vorgegebene theoretische und praktische Leistungen hauptberuflich erbracht werden können.
ja nein

2. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass die Einrichtung in personeller, räumlicher und apparativer Hinsicht so ausgestattet ist, dass den Anforderungen der Weiterbildungsziele in angemessenem Umfang entsprochen werden kann.
ja nein

3. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass ausreichend Fachliteratur in der Einrichtung vorhanden ist und, dass diese auf aktuellem Stand gehalten wird.
ja nein

4. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass, wenn einzelne in der Weiterbildungsordnung als Weiterbildungsziele für das Gebiet „Pharmazeutische Technologie“ beschriebene Fertigkeiten in der beantragten Weiterbildungsstätte nicht oder nicht angemessen vermittelt werden können, jegliche Unterstützung für Maßnahmen, die zur Erreichung des Weiterbildungszieles geeignet sind (wie z. B. Weiterbildungspraktika), zu gewähren.
ja nein

5. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass ein/e zur Weiterbildung ermächtigte/r Apotheker/in gleichzeitig höchstens zwei Apotheker/innen weiterbildet wird, unabhängig davon, ob vor Ort oder im Rahmen der Verbundweiterbildung. In begründeten Einzelfällen kann von diesem Erfordernis mit Zustimmung der Apothekerkammer abgesehen werden.
ja nein

Zusatzinformation:

In der Einrichtung ist ein/e Fachapotheker/in für Pharmazeutische Technologie tätig.

ja nein

Wenn ja, bitte Namen angeben: _____

In der Apotheke ist ein/e Weiterzubildende/r tätig.

ja nein

Wenn ja, bitte Namen angeben: _____

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

Der/die Antragsteller/in versichert mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und verpflichtet sich, bei Wegfall einer dieser Voraussetzungen die Apothekerkammer Nordrhein (Geschäftsbereich Weiterbildung / Qualitätssicherung) umgehend zu informieren.

Die Apothekerkammer Nordrhein behält sich vor, einzelne Angaben konkret zu nachzuprüfen.

Der Antrag ist an die Apothekerkammer Nordrhein, Geschäftsbereich Weiterbildung / Qualitätssicherung, Poststr. 4, 40213 Düsseldorf zu richten, Telefon: 0211/8388-140, Fax: 0211/8388222