Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikats der Apothekerkammer Nordrhein

Dokumentation der innerbetrieblichen Fortbildung

Hiermit bestätige ich, dass Herr/Frau _____
Name, Vorname, Wohnort

im Nachweiszeitraum von: _____ bis: _____

an folgenden innerbetrieblichen Fortbildungen teilgenommen hat:

Datum	Dauer (min)	Themen
		Gesamtpunktzahl (max. 15/12/5* je 12 Monate) **(wird durch die Kammergeschäftsstelle berechnet und ausgefüllt)**

_____ _____ _____
Apotheke/Apothekenstempel Ort/Datum Unterschrift Apothekenleiter/in

Bitte Formblatt bei Bedarf kopieren!

* 15 Apotheker/innen
12 pharm. Personal
5 PKA/Apothekenhelfer/innen