

## Anmeldung zur Regelweiterbildung mit Fernbetreuung

im Gebiet: \_\_\_\_\_  Beginn  Fortführung

Anzeige innerhalb eines Monats an die Apothekerkammer Nordrhein, GB Weiterbildung/QMS,  
Poststr. 4, 40213 Düsseldorf, Telefon: 0211/8388-140, Telefax: 0211/8388-240

Regelweiterzubildende/r: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Zugelassene Weiterbildungsstätte des Arbeitgebers:

(Unzutreffendes bitte streichen)

**Haupt-/Nebenberufliche Tätigkeit**

**Haupt-/Nebenberufliche Tätigkeit**

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_

Name der PTA-Lehranstalt o. a.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des/r Apothekenleiters/in:

\_\_\_\_\_  
Name des/r Leiters/in der PTA-Lehranstalt

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort:

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Telefax:

\_\_\_\_\_  
Telefon/Telefax

### Zugelassene Weiterbildungsstätte des Arbeitgebers:

\_\_\_\_\_  
Name der Apotheke:

\_\_\_\_\_  
Name der PTA-Lehranstalt o. ä.:

\_\_\_\_\_  
Name des/r Apothekenleiters/in:

\_\_\_\_\_  
Name des Leiters/in der PTA-Lehranstalt

\_\_\_\_\_  
Straße / PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Straße / PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Telefax:

\_\_\_\_\_  
Telefon/Telefax

**Ermächtigte/r Fern-Betreuer/in**

**Ermächtigte/r Fern-Betreuer/in**

**Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_

**Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Mit dem Antrag zur Weiterbildung muss ein **Weiterbildungsplan** eingereicht werden, aus dem hervorgeht, wann welche Inhalte vermittelt bzw. besprochen werden sollen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Regelweiterzubildende/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ermächtigte/r Fern-Betreuer/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ermächtigte/r Betreuer/in der  
PTA-Lehranstalt o.ä.