

Anmeldung zur Regelweiterbildung ohne 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: _____

Titel, Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Zugelassene Weiterbildungsstätte des Arbeitgebers:

Name der Apotheke: _____ Name der PTA-Lehranstalt o. a.: _____

Name des/r Apothekenleiters/in: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Telefax: _____

Ermächtigter/r in der Apotheke
Mitgliedsnummer: _____

Ermächtigter/r in der PTA-Lehranstalt o.a.
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 ermächtigter/r Betreuer/in

Unterschrift ermächtigter/r Betreuer/in