

## Anmeldung zur Weiterbildung mit Fernbetreuung

für das Weiterbildungsgebiet \_\_\_\_\_

Beginn  Fortführung

Weiterzubildende/r: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

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

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

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

### Zugelassen Weiterbildungsstätte des Arbeitgebers:

Name der/s Apotheke / Betriebes: \_\_\_\_\_

Name des/der Apothekenleiters/in  
bzw. des/der Betriebsleiters/in: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

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

### Zugelassen Weiterbildungsstätte des/der ermächtigten Fernbetreuers/in:

Name der/s Apotheke / Betriebes: \_\_\_\_\_

Name des/der Apothekenleiters/in  
bzw. des/der Betriebsleiters/in: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

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

**Persönlich ermächtigte/r Betreuer/in:** \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

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

Der/die Ermächtigte ist über die Anmeldung informiert und einverstanden.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Weiterzubildende/r

**Jetzt per E-Mail versenden**