

Anmeldung zur Weiterbildung ohne 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: _____

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