

## **Anmeldung zur Regelweiterbildung im Bereich *Onkologische Pharmazie***

Anzeige innerhalb eines Monats an die Apothekerkammer Nordrhein,  
Abteilung Weiterbildung/QMS, Poststr. 4, 40213 Düsseldorf, Tel.: 0211-8388140, E-Mail: [wb@aknr.de](mailto:wb@aknr.de)

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

Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

Zugelassene Weiterbildungsstätte:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Weiterzubildende/r

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Apotheken-Leitung