

Weiterbildung Apothekerkammer Berlin gem. § 3, Abs. 6 der Meldeordnung		Bearbeitungsvermerke
An- / Abmeldung <input type="checkbox"/> Anmeldung zum □□ □□ □□ <input type="checkbox"/> Abmeldung zum □□ □□ □□	<input type="checkbox"/> Weiterbildung im Verbund	<input type="checkbox"/> Ummeldung / Änderung <input type="checkbox"/> Wechsel Befugte/r <input type="checkbox"/> Wechsel WB-Stätte

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Angaben zum Gebiet/Bereich bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> 5. Toxikologie und Ökologie
<input type="checkbox"/> 1. Allgemeinpharmazie	<input type="checkbox"/> 6. Theoretische und Praktische Ausbildung
<input type="checkbox"/> 2. Klinische Pharmazie	<input type="checkbox"/> 7. Öffentliches Pharmaziewesen
<input type="checkbox"/> 3. Pharmazeutische Analytik+Technologie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. Arzneimittelinformation	<input type="checkbox"/> Bereich: Medikationsmanagement im Krankenhaus

Persönliche Daten des/der zur Weiterbildung Befugten

Familienname	Vorname	akad. Titel
--------------	---------	-------------

Angaben zur Weiterbildungsstätte des/der Befugten

Name	Leiter der WB-Stätte:	
Straße	PLZ	Ort
Telefon	E-Mail	

Angaben zur Weiterbildungsstätte der/des Weiterzubildenden

Name	Leiter der WB-Stätte:	
Straße	PLZ	Ort

Persönliche Daten der/des Weiterzubildenden

Familienname	Vorname	
geb. am	in	akad. Titel
Staatsangehörigkeit	Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
<u>Wohnungsanschrift</u>		
Straße	PLZ	Ort
dienstl. Telefon	dienstl. E-Mail	
privat Telefon	privat E-Mail	
Wöchentliche Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stunden	

Informationen/Bemerkungen:

Bitte fertigen Sie eine Kopie für Ihre Unterlagen an!

	Stempel		Stempel
Unterschrift Weiterzubildende/r	Name und Unterschrift Leiter/in Weiterzubildende/r	Unterschrift Befugte/r	Name und Unterschrift Leiter/in Befugte/r