

Antrag auf Verlängerung der Ermächtigung zur Weiterbildung in dem Bereich Medikationsmanagement im Krankenhaus

gemäß § 6 der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Niedersachsen
in der jeweils aktuellen Fassung

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Die Ermächtigung zur Weiterbildung endet am _____

Ich bestätige, die Weiterbildung in nachstehender Apotheke / Einrichtung durchzuführen:

Die Apotheke, in der die Weiterbildung absolviert wird, ist eine

- ☐ Krankenhausapotheke.
☐ krankenhausversorgende öffentliche Apotheke.

Ich bestätige, dass ich in dieser Apotheke / Einrichtung hauptberuflich und mit mindestens der Hälfte der wöchentlichen Dauer der tariflich geregelten Vollzeitbeschäftigung tätig bin.

Ich verpflichte mich, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Niedersachsen zu gestalten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift