

Anmeldung zur Weiterbildung

im Bereich Medikationsmanagement im Krankenhaus

Durch die/den Ermächtigten/n auszufüllen.

Weiterzubildende / r	Name, Titel Vorname Straße PLZ, Ort Telefon Fax E-Mail Folgende Voraussetzungen sind erfüllt: ☐ Die angemeldete Person hat die Weiterbildung zum Fachapotheker für Klinische Pharmazie abgeschlossen am . ☐ Die angemeldete Person befindet sich in der Weiterbildung zum Fachapotheker für Klinische Pharmazie seit dem .	
Arbeitgeber / in / Apotheke	Apotheke Straße PLZ, Ort Telefon Fax E-Mail Die Apotheke, in der die Weiterbildung absolviert wird, ist eine ☐ Krankenhausapotheke. ☐ krankenhausversorgende öffentliche Apotheke.	
Weiterbildungs-ermächtigter / r	Name, Titel Vorname Telefon Fax E-Mail Apotheke Straße PLZ, Ort ☐ Ich habe die Weiterbildung zum Fachapotheker für Klinische Pharmazie abgeschlossen am . ☐ und bin ermächtigt im Gebiet Klinische Pharmazie seit dem .	
Unterschrift	Ort, Datum Unterschrift der/des Ermächtigten	