

Antrag auf Verlängerung

der Ermächtigung zur Weiterbildung in dem Gebiet

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

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Die Ermächtigung zur Weiterbildung endet am _____

Die Ermächtigung zur Weiterbildung gilt für folgende Weiterbildungsstätte:

Ich bestätige, dass ich in dieser vorgesehenen Weiterbildungsstätte 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