

ANMELDEFORMULAR

Hiermit melde ich mich gem. § 3 Abs. 4 der Weiterbildungsordnung für Apothekerinnen und Apotheker der Apothekerkammer Westfalen-Lippe vom 22. Mai 1996, zuletzt geändert am 19. Juni 2019, zur **Weiterbildung** in dem Gebiet an.
Mir ist bekannt, dass Änderungen des Beschäftigungsverhältnisses, z. B. der Wechsel des Arbeitgebers, wöchentliche Arbeitszeit, Unterbrechung der Weiterbildung etc., unverzüglich der Apothekerkammer Westfalen-Lippe zu melden sind.



Persönliche Angaben

Name, Vorname:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Mitgliedsnummer:
Approbationsdatum:
E-Mail-Adresse:
Geburtsdatum/Geburtsort:

Angaben zur Weiterbildung

Arbeitsstätte:
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:
Telefon-Nr. (tagsüber):
Handy-Nr.
wöchentl. Arbeitszeit in Stunden/
Beschäftigungsbeginn:

Angaben zur/m Ermächtigten

Ermächtigte/r:
Arbeitsstätte:
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:

Haben Sie bereits eine Weiterbildung abgeschlossen oder angefangen?

Nein Ja

Wenn ja, welche und wo

.....
Ort/Datum Unterschrift Weiterzubildende/r

.....
Ort/Datum Unterschrift Ermächtigte/r

Von der Apothekerkammer auszufüllen:

Beginn der Weiterbildung: bestätigt: