

Weiterbildung Apothekerkammer Berlin gem. § 3, Abs. 6 der Meldeordnung		EDV Akte Bearbeitungsvermerke
An- / Abmeldung <input type="checkbox"/> Anmeldung zum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abmeldung zum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Weiterbildung im Verbund	<input type="checkbox"/> Ummeldung / Änderung <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Name <input type="checkbox"/> Wechsel WB-Stätte

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Angaben zum Gebiet / bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> 5. Arzneimittelinformation
<input type="checkbox"/> 1. Allgemeinpharmazie	<input type="checkbox"/> 6. Toxikologie und Ökologie
<input type="checkbox"/> 2. Klinische Pharmazie	<input type="checkbox"/> 7. Theoretische und Praktische Ausbildung
<input type="checkbox"/> 3. Pharmazeutische Technologie	<input type="checkbox"/> 8. Klinische Chemie
<input type="checkbox"/> 4. Pharmazeutische Analytik	<input type="checkbox"/> 9. Öffentliches Pharmaziewesen

Persönliche Daten der/des zur Weiterbildung Ermächtigten

Familienname	Vorname	akad. Titel
Angaben zur Weiterbildungsstätte des/der Ermächtigten		
Name		
Straße	PLZ	Ort
Telefon	E-Mail	
Angaben zur Weiterbildungsstätte der/des Weiterzubildenden		
Name		
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	

Antrag auf Weiterbildung in Teilzeitarbeit gem. § 3 der WBO wird hiermit

durch die/den Ermächtigten gestellt (bei Bedarf bitte ankreuzen)

Bitte fertigen Sie eine Kopie für Ihre Unterlagen an!

	Stempel		Stempel
Unterschrift Weiterzubildende/r	Unterschrift Leiter/in Weiterzubildende/r	Unterschrift Ermächtige/r	Unterschrift Leiter/in Ermächt.