

Apothekerkammer Berlin
Littenstraße 10
10179 Berlin

Fax: 31 59 64 - 30

Antrag auf wiederholte* Ermächtigung zur Weiterbildung

Gemäß § 4 der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Berlin beantrage ich die Ermächtigung zur Weiterbildung in dem Gebiet

an folgender, von der Apothekerkammer Berlin / Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales * als Weiterbildungsstätte zugelassenen Einrichtung:

Die Anerkennung zum Führen der Bezeichnung

Fachapothekerin / Fachapotheker für s.o.

wurde mir erteilt. Eine Kopie der Urkunde liegt bereits vor/ lege ich bei.*

Auf dem o. g. Gebiet habe ich entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in mehrjähriger Tätigkeit nach Abschluss meiner Weiterbildung in verantwortlicher Stellung und gebe hierzu folgende erläuternde Hinweise:

* Nichtzutreffendes bitte streichen

Ich verpflichte mich, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend den Vorschriften des Gesetzes über die Weiterbildung von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern sowie der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Berlin einschließlich der Informationen zur Durchführung der Weiterbildung zu gestalten.

Ich erkläre, dass ich hauptberuflich, mindestens mit der Hälfte der an dieser Weiterbildungsstätte geltenden wöchentlichen Regelarbeitszeit tätig bin.

Mir ist bekannt, dass die Ermächtigung für einen Zeitraum von bis zu sechs Jahren erteilt wird und die wiederholte Erteilung zulässig ist.

Ich beantrage die Ermächtigung für den Zeitraum

vom _____ bis _____

Ich weiß, dass die Ermächtigung erlischt, wenn meine Tätigkeit an der o. g. Weiterbildungsstätte vor Ablauf des o.g. Zeitraumes endet bzw. die Zulassung der Weiterbildungsstätte abgelaufen ist.

Mir ist bekannt, dass die Apothekerkammer unter www.akberlin.de ein Verzeichnis der zur Weiterbildung ermächtigten Kammerangehörigen und der zugelassenen Weiterbildungsstätten führt und eine Bekanntgabe im Amtsblatt von Berlin erfolgt.

Titel _____

Vorname _____ Nachname _____

geboren am _____ in _____

Telefon dienstlich _____

E-Mail-Adresse _____

Berlin, den _____

Unterschrift

Nur auszufüllen, wenn der Antragsteller/in nicht Leiter/in der Weiterbildungsstätte ist.

Erklärung des/ der Leiter/in der Weiterbildungsstätte

Hiermit erkläre ich, dass

(Titel Vorname Name Antragsteller/in auf Ermächtigung)

in der von mir geleiteten, als Weiterbildungsstätte zugelassenen Einrichtung (s. S. 1) hauptberuflich und ganztätig bzw. mit mindestens der Hälfte der an dieser Weiterbildungsstätte geltenden wöchentlichen Regelarbeitszeit tätig ist und für den Fall der Ermächtigung zur Weiterbildung in dem genannten Gebiet bis auf weiteres die Möglichkeit hat, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend den Vorschriften des Gesetzes über die Weiterbildung von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern, Berlin sowie der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Berlin einschließlich den Informationen zur Durchführung der Weiterbildung zu gestalten.

Änderungen werde ich der Apothekerkammer Berlin unverzüglich mitteilen.

Titel _____

Vorname _____ Nachname _____

Telefon dienstlich _____

E-Mail-Adresse _____

Berlin, den _____

Stempel und Unterschrift