



Antrag auf Befugnis im Gebiet Allgemeinpharmazie der Apothekerkammer Bremen

Gemäß § 6 der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Bremen

Antragsteller/in: _____

Straße: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Telefon: _____

Die Anerkennung zum Führen der Bezeichnung

Fachapotheker/in für _____

habe ich mit Urkunde vom _____

von der Apothekerkammer _____

erhalten.

Ich beabsichtige, die Weiterbildung von Herrn/Frau _____

in der Weiterbildungsstätte _____

durchzuführen.

Ich bestätige, dass ich in der vorgesehenen Weiterbildungsstätte hauptberuflich und mit mindestens der Hälfte der wöchentlichen Dauer der tariflich geregelten Vollzeitbeschäftigung bin.

Ich verpflichte mich, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend der Weiterbildungsordnung und den Durchführungsempfehlungen zur Weiterbildung der Apothekerkammer Bremen zu gestalten.

Ort, Datum

Unterschrift