



# Antrag

auf Erteilung des freiwilligen Fortbildungszertifikats

---

**Zeitraum** Für den Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ beantrage ich die Anerkennung meiner Fortbildungsaktivitäten und bitte um Ausstellung des Fortbildungszertifikats.

---

**Persönliche Daten**

\_\_\_\_\_  
Vorname + Familienname

Apotheker/in

\_\_\_\_\_  
Straße

PTA

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Apotheke

---

**Anlagen**

Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

- Teilnahmebescheinigungen der anerkannten Fortbildungsveranstaltungen (in Kopie)
  - Übersicht über besuchte Fortbildungsveranstaltungen (Tabellenvorlage Kammer)
  - Dokumentation der innerbetrieblichen Fortbildung Kat. 8
  - Dokumentation des Selbststudiums Kat. 9
  - Nachweise über Autorenschaft, Referenten- und Moderatorentätigkeiten
- 

**Hinweise**

1. Ein Fortbildungszertifikat erhält, wer bei Antragstellung nachweist, mindestens 150 (PTA 100) Fortbildungspunkte innerhalb von drei Jahren erworben zu haben.
  2. Von den Fortbildungspunkten müssen mindestens 90 (PTA 40) aus den Kategorien 1-7 erlangt werden. Die Fortbildungspunkte aus der innerbetrieblichen Fortbildung (Kat. 8) und dem Selbststudium (Kat. 9) werden mit jeweils bis zu 10 Fortbildungspunkten pro Jahr (max. 30 Punkte pro Kategorie in den drei Jahren) anerkannt. Für die Dokumentation gibt es entsprechende Dokumentationsvorlagen [www.ak-bremen.de](http://www.ak-bremen.de) < Mitglieder < Fortbildung.
- 

**Veröffentlichung im Kammerrundschreiben**

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Apothekerkammer Bremen die Ausstellung meines Fortbildungszertifikats im Kammerrundschreiben veröffentlicht.
- 

**Weitergabe meines Namens an die AK Niedersachsen**

- Ich erkläre mich einverstanden, dass die Apothekerkammer Bremen den Erhalt meines freiwilligen Fortbildungszertifikates der Apothekerkammer Niedersachsen mitteilt, damit ich bei zukünftigen Anmeldungen 10 % Rabatt auf die Anmeldegebühr der dafür vorgesehenen Veranstaltungen erhalte.
- 

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift