

## Anmeldung zur Weiterbildung

<b>Gebiet:</b>			
<b>Name, Vorname:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>			
<b>PLZ, Ort, Straße:</b>			
<b>E-Mail:</b>		<b>Telefon:</b>	

### Weiterbildungsstätte

<b>Apotheke/Firma</b>		<b>Abteilung</b>	
<b>Ermächtigte/r Apotheker/in</b>		<b>ermächtigt bis:</b>	
<b>PLZ, Ort, Straße</b>			
<b>E-Mail:</b>		<b>Telefon:</b>	

### Weiterzubildende/r

<b>Beginn Beschäftigungsverhältnis:</b>	
<b>Wochenarbeitszeit:</b>	

	Ich lege dem Antrag eine Kopie meiner Approbationsurkunde bei.
	Ich verpflichte mich, alle Änderungen umgehend schriftlich dem Bereich Weiterbildung der LAK mitzuteilen.
	Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

---

 Datum

---

 Unterschrift Weiterzubildende/r

---

 Unterschrift Ermächtigte/r

Bitte diese Seite nur bei einer Verbundweiterbildung zusätzlich ausfüllen!

**Weiterbildungsstätte des Ermächtigten**

<b>Apotheke/Firma</b>		<b>Abteilung</b>	
<b>Ermächtigter/r Apotheker/in</b>		<b>ermächtigt bis:</b>	
<b>PLZ, Ort, Straße</b>			
<b>E-Mail</b>		<b>Telefon</b>	

	Ich verpflichte mich, alle Änderungen umgehend schriftlich dem Bereich Weiterbildung der LAK mitzuteilen.
	Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Weiterzubildende/r

\_\_\_\_\_ Unterschrift Ermächtigter/r

	Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis zur oben vereinbarten Weiterbildung
--	---

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitgeber/in des Weiterzubildenden