

Antrag auf Ermächtigung zur Weiterbildung

Gebiet:			
Antragsteller/in:			
Apotheke:			
Firma/Abteilung:			
PLZ, Ort, Straße:			
E-Mail:		Telefon:	

	Ich bin Fachapotheker/in für	
	Ich bin an der Weiterbildungsstätte mit mindestens der Hälfte der tariflichen Arbeitszeit tätig.	
	Ich verpflichte mich, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend der Weiterbildungsordnung zu gestalten.	

Dem Antrag liegen bei:	
	Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte
	Kopie der Zulassung als Weiterbildungsstätte
	Der Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte liegt der Landesapothekerkammer bereits vor.
Mir ist bekannt:	
→	Die Ermächtigung kann widerrufen werden, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind.
→	Endet das Beschäftigungsverhältnis des/der ermächtigten Apothekers/Apothekerin an der Weiterbildungsstätte, ist der Bereich Weiterbildung der LAK schriftlich zu informieren.
→	Die Ermächtigung erlischt mit Beendigung der Tätigkeit an der Weiterbildungsstätte automatisch.

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben und verpflichte mich, bei Änderung oder Wegfall einer dieser Voraussetzungen den Bereich Weiterbildung der Landesapothekerkammer zu informieren. Die Ermächtigung zur Weiterbildung wird für sechs Jahre erteilt. Nach Ablauf der sechs Jahre ist eine erneute Antragstellung erforderlich.

 Datum

 Unterschrift

 Apotheken-/Firmenstempel