

ANTRAG AUF ERTEILUNG DES FORTBILDUNGSZERTIFIKATES

Name: _____ Beruf: _____

Vorname: _____ Apotheke: _____

Rechnungsanschrift: _____

Für den Zeitraum vom _____ bis _____ beantrage ich die Anerkennung meiner Fortbildungsaktivitäten und bitte um die Ausstellung des Fortbildungszertifikats.

Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen in Kopie bei:

- Teilnahmebestätigungen der anerkannten Fortbildungsveranstaltungen
- Bestätigungen über weitere Fortbildungsaktivitäten
- Veröffentlichungen
- Übersicht über besuchte Fortbildungsveranstaltungen
- Übersicht über Referententätigkeit im Kammerbereich Thüringen

Der Antrag ist gemäß § 5 (1) der Richtlinie der Landesapothekerkammer Thüringen zum Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikats (Fortbildungsrichtlinie) in Verbindung mit der Kostensatzung der Landesapothekerkammer Thüringen gebührenpflichtig. Sie erhalten nach Antragstellung eine Rechnung an die oben genannte Rechnungsadresse zugesandt.

ABSCHLUSSERKLÄRUNG

Ich versichere die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben. Mit der Unterschrift wird der Landesapothekerkammer Thüringen die Genehmigung zur Erfassung und Speicherung der Daten erteilt.

Ort, Datum Unterschrift des Mitarbeiters Unterschrift des Einrichtungsleiters

Die Unterschrift des Einrichtungsleiters ist notwendig, wenn die Rechnung von der Einrichtung bezahlt werden soll.

Hausanschrift:

Landesapothekerkammer Thüringen
Thälmannstraße 6
99085 Erfurt

Raum für die Bearbeitung durch die Landesapothekerkammer:

Kontakt:

Telefon: 0361 24408 – 0
Fax: 0361 24408 –69
E-Mail: info@lakt.de
Internet: www.lakt.de

Gesamtpunktzahl: _____ Zertifikat erteilt: ja nein

Zertifikat gültig bis: _____ versendet am: _____

Datum

Unterschrift

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker- und
Ärztebank Erfurt
BLZ 100 906 03
Konto-Nr.: 0 003 097 986

