



Weiterbildung im Bereich

Anmeldung

Personenbezogene Daten des Weiterzubildenden

Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon*
Straße	E-Mail*
PLZ/Ort	Wöchentliche Arbeitszeit
Art der Berufsausübung (selbstständig/angestellt**)	
Arbeitsstätte	Inhaber/Träger
Straße	Telefon*
PLZ/Ort	E-Mail*

Datum _____
Unterschrift des Weiterzubildenden _____

Angaben zur Weiterbildungszeit (wird von SLAK ausgefüllt)

Weiterbildungsbeginn _____ Ende _____
Unterbrechung von _____ bis _____

_____ Datum _____ SLAK _____

* freiwillige Angaben

Änderung der aufgeführten Daten sowie Zeiten der Unterbrechung der Weiterbildung sind der Abt. Aus-, Fort- und Weiterbildung der Sächsischen Landesapothekerkammer unverzüglich mitzuteilen.

** Bitte Nichtzutreffendes streichen!