Sächsische
Landesapothekerkammer

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Antrag auf Erteilung des Fortbildungszertifikats der Sächsischen Landesapothekerkammer

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Mitgliedsnummer _____

Ich bitte um Anerkennung der erworbenen Fortbildungspunkte

im Zeitraum von _____ bis _____
(max. 3 Jahre, s. § 4 Abs. 1 der Richtlinie für die zertifizierte Fortbildung)

Übersicht über besuchte akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen, eigene Lehrtätigkeit, pharmazeutisch-wissenschaftliche Veröffentlichungen, Hospitationen in Kombination mit anerkannten Fortbildungen sowie Lernerfolgskontrolle (z.B. Multiple-Choice-Tests, e-learning, zertifizierte Lektionen der Fachpresse)

Datum	Thema	Veranstalter	Punkte

Datum	Thema	Veranstalter	Punkte

Datum/Unterschrift des Antragstellers

Vermerk der SLAK

Gesamtpunktzahl _____ Zertifikat gültig bis .....

geprüft _____

Datum/Unterschrift