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. § 3 Abs. 1 und 2 der Richtlinie zum Erwerb des Fortbildungszertifikats für Apothekerinnen und Apotheker)

Übersicht der erreichten Fortbildungspunkte gem. § 4 der Richtlinie zum Erwerb des Fortbildungszertifikats für Apothekerinnen und Apotheker:

Datum	Thema	Veranstalter	Punkte

Pillnitzer Landstraße 10 · 01326 Dresden · Telefon 03 51 - 2 63 93-0 · Fax 03 51 - 2 63 93-500 · sekretariat@slak.de · www.slak.de

Datum	Thema	Veranstalter	Punkte

Anzahl Fortbildungspunkte Ihres persönlichen Punktekontos unter www.slak.de	
Zwischensumme	0
Anzahl Fortbildungspunkte für Selbststudium (z. B. Printmedien), Innerbetriebliche Fortbildung, Patienten-/Pflegepersonalschulungen (Kat. 8, 9 ,10)	

☐ Für alle Fortbildungsaktivitäten (außer Kat. 8, 9 und 10) sind die entsprechenden Nachweise beigefügt.

Einer Veröffentlichung meines Vor- und Nachnamens in der Übersicht „Erteilte Fortbildungszertifikate“ in der nächsten Ausgabe des Informationsblatt SLAK

☐ stimme ich zu. ☐ stimme ich nicht zu.

Gesamt ☐

Datum/Unterschrift des Antragstellers

Vermerk der SLAK

Gesamtpunktzahl _____ Zertifikat gültig bis _____

geprüft _____

Datum/Unterschrift