



Weiterbildung im Bereich Medikationsmanagement im Krankenhaus
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*	_____
Beginn/Abschluss Weiterbildung Klinische Pharmazie	_____		

Datum Unterschrift des Weiterzubildenden

Personenbezogene Daten des befugten Apothekers

Name	_____	Vorname	_____
Art der Berufsausübung (selbstständig/angestellt**)			
Befugnis zur Weiterbildung seit	_____		
Weiterbildungsstätte	_____	zugelassen am	_____
Straße	_____	Telefon*	_____
PLZ/Ort	_____	E-Mail*	_____

Datum Unterschrift des befugten Apothekers

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!