



## Weiterbildung im Gebiet

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

### Personenbezogene Daten des Weiterbildenden

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

Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Weiterbildenden

### 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!