

### **Antrag auf Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung**

gemäß § 2 Abs. 4 i. V. m. § 5 Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesapothekerkammer

Name

Vorname

Approbation

Dienstliche Anschrift

Straße

Ort

Tel.-Nr.

E-Mail

Gebietsbezeichnung

seit

Bereichsbezeichnung

seit

Beruflicher Werdegang nach der Anerkennung zum Fachapotheker

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum/Unterschrift

---

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten (Name, Vorname, Dienstliche Anschrift, Tel.-Nr., E-Mail) auf der Kammerhomepage [www.slak.de/Verzeichnis](http://www.slak.de/Verzeichnis) der Weiterbildenden einverstanden.

Ich wünsche keine Veröffentlichung meiner Kontaktdaten auf der Kammerhomepage.

Datum/Unterschrift