SÄCHSISCHE
LANDESAPOTHEKERKAMMER
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Antrag auf Erteilung des Fortbildungszertifikats für PTA, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, pharmazeutische Assistenten und Apothekenassistenten

☐ **Erstantrag** ☐ **Folgeantrag** *(letztes Zertifikat gültig bis)* _____

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Desweiteren sind diesem Antrag beigefügt:

☐ Kopie Berufserlaubnis ☐ Beschäftigungsnachweis ☐ Nachweis des Hauptwohnsitzes in Sachsen *(im Fall keiner Beschäftigung)*

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 PTA, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten und pharmazeutische Assistenten)

Übersicht der erreichten Fortbildungspunkte gem. § 4 der Richtlinie zum Erwerb des Fortbildungszertifikats für PTA, Apothekerassistenten, Pharmazie-ingenieure, Apothekenassistenten und pharmazeutische Assistenten

Datum	Thema	Veranstalter	Punkte

Pillnitzer Landstraße 10 · 01326 Dresden · Telefon 0351 - 2 63 93-0 · Fax 0351 - 2 63 93-500 · sekretariat@slak.de · www.slak.de

Datum	Thema	Veranstalter	Punkte
		Zwischensumme	0
		davon Teilnahme an Fortbildungen der SLAK, einer anderen Apothekerkammer oder der ADKA (mindestens 30 Punkte)	
		Anzahl Fortbildungspunkte für Selbststudium (z. B. Printmedien), Innerbetriebliche Fortbildung und Patientenschulungen (Kategorien 8, 9 und 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 für nichtapprobiertes pharmazeutisches Personal“ 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