

Antrag auf Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme



Hiermit beantragen wir die Anerkennung der angegebenen Veranstaltung als Fortbildungsmaßnahme gem. Fortbildungssatzung der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern.

Antragsteller

Betrieb:

(mit Anschrift)

Ansprechpartner:

(Name, Telefon, Email)

Veranstaltung

Thema:

Veranstalter:

(wenn abweichend von Antragsteller)

Sponsor:

(Name, oder „keiner“)

Referent:

Name, Qualifikation

Beschäftigungsverhältnis

(Firma, Funktion)

Art der Veranstaltung:

Vortrag Seminar Webinar Praktikum

Zielgruppe: Apotheker:innen PTA, Pharmazieingenieure

Lernziele:

Veranstaltungsdauer:

Teilnehmergebühr:

Termine:

(Datum, Beginn, Ende (Uhrzeit), **Ort**)

Die Inhalte der Fortbildungsmaßnahme sind unabhängig von werbenden oder kommerziellen Interessen. Die Sponsorentätigkeit beeinflusst deren Form und Inhalt nicht.*

Das Programm der Maßnahme liegt dem Antrag bei.

Der Veranstalter führt eine Teilnehmerliste und bewahrt diese für 4 Jahre auf. Diese Liste wird der Kammer auf deren Verlangen vorgelegt.

Der Veranstalter gibt Teilnahmebescheinigungen mit folgenden Inhalten aus:

Name des Veranstalters, Name der Teilnehmer:innen, Titel der Maßnahme, Termin, Dauer der Maßnahme, Nummer und Stelle der Anerkennung, Fortbildungspunkte, Datum der Ausstellung

Der Veranstalter ermöglicht der Kammer auf deren Verlangen kostenfreie Teilnahme. Für Online-Angebote werden die Zugangsdaten mit dem Antrag eingereicht.

Die Anerkennung soll die zugehörige Lernerfolgskontrolle (LEK) beinhalten. Dazu liegt die LEK dem Antrag bei. Die Ergebnisse der LEK werden der Kammer auf deren Anfrage hin vorgelegt.

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben.

Datum, Unterschrift:

Stempel

*Veranstaltungen mit dem Charakter einer Firmen- oder Produktpräsentation werden nicht berücksichtigt und können zur Ablehnung der Akkreditierung führen.