

Anzeige zum Beginn, zur Wiederaufnahme oder zur Unterbrechung der Weiterbildung



Anzeigende:r

Vorname, Nachname, Titel

Hiermit zeige ich

- den **Beginn**
- die **Wiederaufnahme** [ab dem _____]
- die **Unterbrechung** [ab dem _____]
- einer Weiterbildung an.

Gebiet / Bereich:

unter der Leitung von:

(in Gebieten und im Bereich Medikationsmanagement
im Krankenhaus: Name, Vorname, Arbeitsstätte)

Die Weiterbildung steht in den Gebieten (und im Bereich Medikationsmanagement im Krankenhaus) unter der verantwortlichen Leitung einer dazu ermächtigten Apothekerin oder eines Apothekers. Wenn für die hier vorgesehene Person noch keine Ermächtigung vorliegt, ist ein Antrag auf Ermächtigung beizufügen.

in der Arbeitsstätte:

(Betriebsname, ggf. Abteilung, Ort)

Die Weiterbildung muss in den Gebieten in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte erfolgen. Wenn für die hier vorgesehene Arbeitsstätte noch keine Zulassung vorliegt, ist ein Antrag auf Zulassung beizufügen. In den Gebieten muss die Eignung der Arbeitsstätte bestätigt sein. Wenn für die hier vorgesehene Arbeitsstätte noch keine Bestätigung der Eignung vorliegt wenden Sie sich bitte an info@akmv.de.

mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von:

Die vorgeschriebene Mindestweiterbildungszeit bezieht sich auf eine tarifrechtliche Vollzeitbeschäftigung (40 Stunden pro Woche). Liegt die wöchentliche Arbeitszeit des Weiterzubildenden darunter, kann diese Teilzeitbeschäftigung als Weiterbildungszeit angerechnet werden (Bestätigung durch die Apothekerkammer – als Antwort auf diesen Antrag – ist erforderlich). Dadurch verlängert sich in der Regel die Mindestweiterbildungszeit.

Datum

Unterschrift Anzeigende:r

Antrag an die: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern

digital als Email an: info@akmv.de

oder Postanschrift: Apothekerkammer MV, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin

Die Bearbeitung des Antrages erfolgt innerhalb einer Frist von 4 Wochen.