



Anzeige: Beginn / Wiederaufnahme der Weiterbildung

Mit diesem Antrag zeige ich den **Beginn** / die **Wiederaufnahme** meiner Weiterbildung innerhalb eines Monats bei der Geschäftsstelle der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern an. Die Wirksamkeit der Anzeige wird mir schriftlich von dieser Stelle bestätigt.

Weiterzubildender

Name, Vorname:

Anschrift:

Approbation als Apotheker erhalten am:

Ausstellende Behörde:
(Nachweis ist beizufügen)

Weiterbildung

im Gebiet:

unter der Leitung von:

(Name, Vorname, Arbeitsstätte)

Die Weiterbildung steht in den Gebieten unter der verantwortlichen Leitung eines/r approbierten Apothekers/in. Diese/r muss von der Apothekerkammer ermächtigt werden, um die Weiterbildung wirksam leiten zu können. Wenn für die hier vorgesehen Person noch keine Ermächtigung vorliegt ist von dieser ein entsprechender Antrag auf Ermächtigung einzureichen.

in der Arbeitsstätte:

(Betriebsname, Ort)

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:

Weiterzubildene/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.