



## Antrag: Erteilung des Fortbildungszertifikats

Hiermit beantrage ich die Erteilung des Fortbildungszertifikates der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern.

**Name, Vorname, Titel:**

**Beruf:**

**Berufsabschluss erhalten (Monat/Jahr):**

**Anschrift(privat):**

**Arbeitsstätte, Ort:**

Damit erhalte ich das Fortbildungszertifikat  **erstmalig** /  **zum \_\_\_\_\_ Mal in Folge.**

Ich bitte um Übersendung des Zertifikates und Bescheiderstellung an

**meine Privatanschrift** /  **die Anschrift der angegebenen Apotheke**

Mit der Veröffentlichung meines Namens durch die Apothekerkammer MV in den Listen über erteilte Fortbildungszertifikate (auf der Internet-Seite der Kammer und im Mitteilungsblatt)

**bin ich einverstanden.** /  **bin ich nicht einverstanden.**

**Nachweise über den Erwerb der erforderlichen Fortbildungspunkte im Zeitraum von höchstens drei Jahren vor Antragstellung füge ich dem Antrag bei.**

Gemäß Richtlinie müssen Apotheker/Innen mindestens 120 Punkte durch Fortbildungsteilnahmen und Lernerfolgskontrollen nachweisen, davon müssen mindestens 100 Punkte mit pharmazeutisch-medizinischen Themen erzielt werden. Nichtapprobirtes pharmazeutisches Personal muss mindestens 70 Punkte nachweisen.

Ich bitte die eingereichten Nachweise

**zu vernichten** /  **an mich zurückzusenden.**

**Datum, Unterschrift:**

Antragsteller

**Antrag an die: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern**

digital als Email an: [info@akmv.de](mailto:info@akmv.de)

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

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