

Antrag auf Erteilung des Fortbildungszertifikats



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

Antragsteller/in

Vorname, Nachname, Titel

Beruf

Datum Berufsabschluss

Monat/Jahr

Anschrift privat

Arbeitsstätte

Firma, Anschrift

Nachweise über den Erwerb der erforderlichen Fortbildungspunkte im Zeitraum von höchstens drei Jahren vor Datum der Antragstellung liegen vor.

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

Nachweise wurden auf der Webseite der Apothekerkammer hochgeladen [Login auf <https://akmv.de>, Auswahl „Benutzerseite, Auswahl Register „Bescheinigungen hochladen“], **werden per Email** [an info@akmv.de] **übermittelt oder liegen als Kopie bei.**

Mit der Veröffentlichung meines Namens durch die Apothekerkammer MV in den Listen über erteilte Fortbildungszertifikate (im Mitteilungsblatt)

bin ich einverstanden **bin ich nicht einverstanden**

Ich bitte um Übersendung des Zertifikats und des Gebührenbescheids an

meine Privatanschrift **die Anschrift der angegebenen Arbeitsstätte**

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und übermittle die Nachweise wie angegeben.

Datum

Unterschrift Antragsteller

Antrag an die: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern

AKMVFb204n2

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.