

# Antrag

## auf Erstattung Ringversuch



Die Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern erstattet einmal pro Jahr die Kosten für die Teilnahme an einem Rezeptur-Ringversuch pro Apotheke. Darüber hinaus wird auf Antrag auch ein Ringversuch für jede auszubildende Pharmazeutin / jeden auszubildenden Pharmazeuten im Praktikum erstattet. Es können nur vollständig ausgefüllte Anträge bearbeitet werden.

### Apotheke

Name der Apotheke:

Anschrift der Apotheke:

### Bankverbindung

IBAN:

BIC:

### Angaben zum Ausbildungsverhältnis (falls eine Erstattung für eine/-n PhIP beantragt wird)

Name der Pharmazeutin / des Pharmazeuten im Praktikum:

Geburtstag der Pharmazeutin / des Pharmazeuten im Praktikum:

Ausbildungsbeginn und Ausbildungsende (lt. Vertrag) der Pharmazeutin / des Pharmazeuten im Praktikum in der Apotheke:

Die Rechnung des ZL liegt diesem Antrag bei.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift

Anträge des Vorjahres können bis spätestens 31. Januar zur Erstattung eingereicht werden. Eine spätere Erstattung ist ausgeschlossen.

**[Digitale Formulare: 1. Füllen Sie die Felder aus. 2. Fügen Sie Ihre Unterschrift hinzu: Im kostenlosen Programm Acrobat Reader wählen Sie den Menüpunkt „Signieren“. Mit der Schaltfläche „Signatur hinzufügen“ können Sie eine Unterschrift (in Textform, gezeichnet oder als Bilddatei) dem Dokument anfügen. 3. Speichern Sie zum Ende die Datei mit neuem Dateinamen ab und übermitteln diese an uns.]**

Antrag an die: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern

digital als E-Mail an [info@akmv.de](mailto:info@akmv.de) ; oder Postanschrift: Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin