

# 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)

**PTA** fügen einen **Nachweis des Berufsabschlusses** bei (bei zwischenzeitlicher Namensänderung ergänzt um einen Nachweis der Namensänderung)

## 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>, Menüpunkt „Benutzerseite, Auswahl Kategorie „Bescheinigungen hochladen“], **werden** als Bild- oder pdf-Datei **per Email** [[an.fortbildung@akmv.de](mailto:an.fortbildung@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.

Ort, Datum

Unterschrift

**[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.]

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

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

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