



Meldeformular Beschäftigung einer Apothekerin / eines Apothekers in Weiterbildung

1. Meldender Betrieb (auch Stempel möglich)

Name des Betriebs _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Name und Vorname der verantwortlichen Person
(Weiterbildnerin / Weiterbildner) _____

GLN Nr. der Weiterbildnerin / des Weiterbildners _____

2. Apothekerin / Apotheker in Weiterbildung

Name und Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

GLN Nummer _____

Datum Arbeitsbeginn _____

3. Unterschrift der Weiterbildnerin / des Weiterbildners

Ort, Datum

Unterschrift

4. Unterschrift der Apothekerin, des Apothekers in Weiterbildung

Die Apothekerin / der Apotheker in Weiterbildung bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass sie / er die Weiterbildung FPH in Offizinpharmazie oder FPH in Spitalpharmazie in der oben aufgeführten öffentlichen Apotheke / Spitalapotheke absolviert.

Ort, Datum

Unterschrift