

A n t r a g
auf Fortsetzung der
Ermächtigung zur Weiterbildung in dem Gebiet
"Allgemeinpharmazie"

gemäß § 34 Abs. 2 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH)
vom 21. Dezember 2005

Name: _____
(Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen)

Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Die Anerkennung zur Führung der Bezeichnung "Fachapotheker/in für Allgemeinpharmazie"
(alt Offizin-Pharmazie)

habe ich mit Urkunde vom _____

von der Apothekerkammer _____ erhalten.

Ich beabsichtige, die Weiterbildung in nachstehender Apotheke (Weiterbildungsstätte)
durchzuführen:

Apotheke am Mühlenkamp, Mühlenkamp 34 a, 22303 Hamburg

Ich bestätige, daß ich in dieser Apotheke hauptberuflich und ganztätig tätig bin.

Ich verpflichte mich, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich
entsprechend der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Hamburg zu gestalten.

Ort, Datum

Unterschrift