

## Antrag auf Anerkennung einer Fortbildungsveranstaltung im Rahmen des Fortbildungszertifikates durch die Bayerische Landesapothekerkammer

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag sowie das Veranstaltungsprogramm bzw. -einladung als Email-Anhang an [petra.sinner@blak.de](mailto:petra.sinner@blak.de)

bei Rückfragen:  
Fr. Sinner  
Tel.: 089 / 92 62-69  
Fax: 089 / 92 62-903  
Email: [petra.sinner@blak.de](mailto:petra.sinner@blak.de)

Rechnen Sie mit einer **Bearbeitungszeit von 4 Wochen** ab Eingang bei der Geschäftsstelle! Bei **späterem Eingang** als 4 Wochen vor Beginn der Veranstaltung kann eine rechtzeitige Bearbeitung **nicht mehr garantiert werden!**

Veranstalter, Postanschrift:						
Mitveranstalter:						
Ansprechpartner (Tel.Nr., Fax, Email, Internetseite): Firma, Anschrift (falls vom Veranstalter abweichend):						
Veranstaltungstitel:						
Termin/e + Ort/e:	am		in			
	am		in			
	am		in			
Referent*in / <b>Qualifikation:</b>						
Art der Veranstaltung:	(1) Seminar, Workshop					<input type="checkbox"/>
	(2) Kongress					<input type="checkbox"/>
	(3) Vortrag mit anschl. Diskussion					<input type="checkbox"/>
	(4) Online Fortbildung ( <i>nur bayerische Teilnehmer</i> )					<input type="checkbox"/>
Fortbildungsdauer (incl. Diskussion, <b>ohne</b> Pausen/Imbiss etc.):	Minuten ( <b>pro Tag</b> ):					
	1. Tag		2. Tag			
	3. Tag		4. Tag	Weitere Tage		
Beginn und Ende der Veranstaltung:	1. Tag	bis	Uhr	2. Tag	bis	Uhr
	3. Tag	bis	Uhr	4. Tag	bis	Uhr
	<i>(bei mehrtägigen Veranstaltungen bitte für jeden Tag angeben)</i>					
Erfolgt eine Produktschulung/-information?	Anteil an Schulungszeit : %					
	<i>(PFLICHTFELD: Unbedingt eine Zahl angeben!)</i>					
Wird eine Lernerfolgskontrolle durchgeführt? (bitte Bögen einreichen)	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein			
Zielgruppe:	<input type="checkbox"/> Apotheker*in		<input type="checkbox"/> Pharmaziepraktikanten*in			
	<input type="checkbox"/> PTA		<input type="checkbox"/> Pharmazieingenieur*in			
	<input type="checkbox"/> PKA					
Wie viele Teilnehmercodes benötigen Sie? <small>(bitte eine ausreichende Anzahl anfordern, da eine Nachforderung nicht möglich ist)</small>						
Teilnahmegebühr:	EURO		kostenlos	<input type="checkbox"/>		
Liegt bereits die Anerkennung bzw. Ablehnung einer Apotheker- oder Ärztekammer für diese Veranstaltung vor?	<input type="checkbox"/> Anerkennung / erteilt am:			Punkte		
	Kammer		Nr.			
	<input type="checkbox"/> Ablehnung / abgelehnt am:			Kammer		
	<input type="checkbox"/> Skript unverändert		<input type="checkbox"/> Skript verändert	<i>(bitte erneut einreichen)</i>		

Für die vorgenannte Veranstaltung beantrage/n ich/wir die Anerkennung als eine auf das freiwillige Fortbildungszertifikat der Bayerischen Landesapothekerkammer anrechenbare Fortbildung.

Ich/wir versichere/n hiermit ausdrücklich, dass der/die Referent/in/en auf eine firmenneutrale Darstellung der Themen hingewiesen wurde/n. Die Sponsorentätigkeit sollte nicht Form und Inhalt der Fortbildungsmaßnahme beeinflussen. Eine objektive Produktinformation nach wissenschaftlichen Kriterien, z. B. durch die pharmazeutische Industrie ist zulässig.

Ort, Datum

Unterschrift (verantwortliche/r Seminarleiter\*in)

**Bitte fügen Sie unbedingt das Programm, das Skript und die Einladung der Veranstaltung an!**