

Eingangsdatum  
(wird von pharmaschule.eu ausgefüllt):

www.pharmaschule.eu



Senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular  
bitte per Post oder nach dem Einscannen als Mail-Anhang an:

Tel.: + 49 (0) 8042 - 5690015  
Mobil: + 49 (0) 176 - 12776776  
Fax: + 49 (0) 3222 - 1760770  
E-Mail: [pharmaschule.eu@freenet.de](mailto:pharmaschule.eu@freenet.de)

pharmaschule.eu – Inh. S. Teichert, Urtlmühlweg 2a, 83661 Lenggries

## ANMELDEFORMULAR für die 15-monatige Fortbildung:

„Fortbildungsgang Geprüfte Pharmareferentin / Geprüfter Pharmareferent“ bei pharmaschule.eu

Die persönlichen Daten werden vertraulich behandelt und dienen nur organisatorischen Zwecken im Rahmen Ihrer Fortbildung.

Familienname:		Geburtsname:	
Vorname:		Geburtsdatum:	
Straße, Nr.:		Geburtsort:	
PLZ, Wohnort:		Erlerner Beruf / Berufserfahrung:	
Festnetz-Nr:		Mobiltelefon:	
Fax.:		Skype-Name:	
E-Mail-Adresse:			

Falls zinsfreie Ratenzahlung gewünscht (bitte ankreuzen):

<b>Bei Variante 1:</b>	1 Rate	2 Raten	3 Raten	4 Raten	5 Raten	6 Raten	8 Raten	10 Raten	12 Raten		
<b>Bei Variante 2:</b>	1 Rate	2 Raten	3 Raten	4 Raten	5 Raten	6 Raten	7 Raten	8 Raten	9 Raten	10 Raten	12 Raten

Mein Arbeitgeber ist über meine Fortbildung informiert (bitte ankreuzen):

Ja:	Nein:	Sonstige Hinweise:	
-----	-------	--------------------	--

Ich möchte mit der Fortbildung beginnen:

Geplante Prüfungsteilnahme:

am:

Monat / Jahr:

Bitte reservieren und bestätigen Sie mir einen Lehrgangsplatz als Teilnehmer / -in für die Fortbildung zur Geprüften Pharmareferentin / zum Geprüften Pharmareferenten nach folgender Variante (bitte ankreuzen):

<b>Variante 1</b> (ZFU - zertifizierter Fernlehrgang nach neuer VO aus dem Jahre 2007, ZFU - Nr. 564408)	<b>Variante 2</b> (Vor-Kurs und anschließend 3 Monate Präsenz)	<b>Variante 3</b> (Individuelles Baukastenprinzip)
--	--	--

Ort, Datum: .....

Antragsteller / -in: .....