

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 1-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:			

Zahlung der Seminargebühr als Gesamtbetrag:

<b>Bei Variante 1:</b>	1 Rate
<b>Bei Variante 2:</b>	1 Rate

Bitte beachten Sie:  
Die von Ihnen gewünschte Fortbildungsdauer lässt nur in ganz seltenen Fällen ein qualitativ ansprechendes Ergebnis erwarten. Die ausführliche Beratung mit pharmaschule.eu wird deshalb dringend empfohlen.

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

Ja:	Nein:
-----	-------

Sonstige Hinweise:

--

Ich möchte mit der Fortbildung beginnen:

am:
-----

Geplante Prüfungsteilnahme:

Monat / Jahr:
---------------

Bitte reservieren und bestätigen Sie mir einen Lehrgangplatz 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: .....