

Antrag auf Vergabe des Fähigkeitsausweises FPH in pharmazeutischer Betreuung von Institutionen des Gesundheitswesens

Der Antrag wird erst behandelt und an die Kommission weitergeleitet, sobald alle nötigen Dokumente eingereicht wurden.

Herr Frau Dr. _____

Name _____ Vorname _____

Heimatort/Kanton, Nationalität _____

Korrespondenzadresse _____

Rechnungsadresse _____

Geburtsdatum _____

Telefon-Nr. Privat _____ Geschäft _____ Mobile _____

E-Mail _____

Apothekerdiplom*: Universität/Land/Datum _____

Akademische Titel*: Universität/Land/Datum _____

*) *Bitte Kopie des Universitätsdiploms beilegen.*

Arbeitsort (Gemeinde/Kanton) _____

pharmaSuisse-Mitglied Ja Nein FPH-/Mitgliednummer: _____

Gebühren: Diese richten sich nach der Gebührenordnung Weiter- und Fortbildung FPH von pharmaSuisse. Details siehe unter www.fphch.org -> Fähigkeitsprogramme -> Pharmazeutische Betreuung von Institutionen im Gesundheitswesen

Bitte dem Antrag folgende Nachweiskopien beilegen:

(vorzugsweise in elektronischer Form)

1. Leistungs-/Kompetenznachweis für den theoretischen Teil (Gültigkeit 5 Jahre)
2. Nachweis der praktischen Tätigkeit in einer Institution
3. Tätigkeitsbericht

Der Kandidat/die Kandidatin wünscht den Fähigkeitsausweis und den FPH-Türkleber in

Deutsch Französisch Italienisch

Antrag

Hiermit beantrage ich die Vergabe des Fähigkeitsausweises FPH in pharmazeutischer Betreuung von Institutionen des Gesundheitswesens.

Ich bestätige, dass ich das Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt habe:

Datum _____ Unterschrift _____