

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 _____