



**ANMELDUNG ZUR SACHKUNDEPRÜFUNG FÜR
FREIVERKÄUFLICHE ARZNEIMITTEL NACH § 50 AMG
(§ 3 Abs. 3 der VO über den Sachkenntnisnachweis)**

(Personal-Ausweis nicht vergessen!!)

(Bitte in Druckbuchstaben, danke!)

1) **Name:** _____ **Vorname:** _____

geboren am: _____ **in:** _____ / _____

Ort Land

Wohnanschrift:

PLZ Ort

Straße Hausnummer

Telefonnummer privat

2) **Beschäftigungsort:** _____
 z.B. Niederlassung, Filiale

Anschrift: _____
 PLZ _____ Ort _____

_____ Straße _____ Hausnummer _____

_____ Telefonnummer dienstlich _____

Bitte nur eintragen, wenn Fortbildungslehrgang erfolgt:

3) Teilnahme am Fortbildungslehrgang vom: _____ bis: _____

Ort der Ausbildung: _____

Hotel, Tagungsstätte etc. _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____ Hausnummer _____

Bitte zusätzlich angeben (siehe Einverständniserklärung Datenschutz):

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

PLZ	Ort	Straße	Hausnummer

RECHNUNG AN: ☐ Firma oder ☐ Teilnehmer

Ort

Unterschrift des Teilnehmers