Oldenburgische
Industrie- und Handelskammer

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

Prüfungstermin: ________________________

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen) ❐ Herr / ❐ Frau

1) **Name:** ____________________________________ **Vorname:** __________________________________

geboren am: ___________________________ **in:** _______________________/____________________
Ort Land

Wohnanschrift: ____________ ____
PLZ Ort

____
Straße Hausnummer

____
Telefonnummer privat Handynummer

____
E-Mail

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

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

Anschrift: ____________ ____
PLZ Ort

____
Straße Hausnummer

____
Telefonnummer dienstlich

____
E-Mail

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Bitte nur eintragen, wenn Fortbildungslehrgang erfolgt:

3) **Teilnahme am Fortbildungslehrgang vom:** _______________________ **bis:** ______________________

Lehrgangsveranstalter: ____

Lehrgangsort: ____
Hotel, Tagungsstätte etc.

_________________ ____
PLZ Ort

____
Straße Hausnummer

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Bitte zusätzlich angeben (siehe Einverständniserklärung Datenschutz)

Name des Arbeitgebers: ____

Anschrift des Arbeitgebers: ____
PLZ Ort Straße Hausnummer

Rechnung an: ❐ **Firma** **oder** ❐ **Teilnehmer**

______________________________ _________________________ ___________________________
Ort Unterschrift Firma / Stempel Unterschrift des Teilnehmers