

ANTRAG AUF VERGABE DES FÄHIGKEITS AUSWEISES FPH IN ANTHROPOSOPHISCH ERWEITERTEN PHARMAZIE AUF EMPFEHLUNG VON VAEPS/ASPEA

Anforderungen

- Apothekerdiplom (eidgenössisch oder entsprechend anerkannt)
- Nachweis des Besuches der Module 1-8, (mind. 157 Stunden)
- Nachweis Praxisstunden (mind. 40 Stunden)
- Nachweis Selbststudium (mind. 40 Stunden)
- Abschlussarbeit (mind. 50 Stunden)

Personalien

Herr Frau Titel: eidg. dipl. Apotheker/in Dr. _____

Name _____ Vorname _____

Heimatort/Kt., Nationalität _____

Korrespondenzadresse _____

Geburtsdatum _____

Telefon-Nr. Privat _____ Geschäft _____ Natel _____

E-Mail _____

Apothekerdiplom erworben an der Universität / Datum _____

Akademische Titel erworben an der Universität / Datum _____

Besitzer/in Verwalter/in angestellte/r Apotheker/in

Arbeitsort (Gemeinde/Kt.) _____

pharmaSuisse-Mitglied Ja Nein

Der Kandidat / die Kandidatin wünscht den Fähigkeitsausweis und den FPH-Türkleber (für die Apotheke) auf:

Deutsch Französisch Italienisch

Kein Türkleber gewünscht

Antrag

Hiermit beantrage ich die Vergabe des Fähigkeitsausweises FPH Anthroposophisch erweiterten Pharmazie und bestätige, dass ich das Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt habe:

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Beilagen (mit dem Gesuch einzureichen):

- Kopie Apothekerdiplom
- Kopie Mitgliedschaft VAEPS (falls vorhanden)
- Kopie Bestätigung der Annahme der Abschlussarbeit
- Kopie Mitgliedschaft pharmaSuisse (falls vorhanden)
- Kopie Einzahlung der Gebühr
- Kopien der Kursbestätigungen
- Bestätigung der aktuellen Berufsausübung

Bitte einsenden an: info@vaepts.ch

Es werden nur vollständig ausgefüllte Gesuchsformulare bearbeitet!

Nach Einzahlung der Gebühr für die Erteilung des Fähigkeitsausweises auf das PC-Konto von der KMPPhyto Konto der Zürcher Kantonalbank IBAN: CH86 0070 0114 8030 5426 4 wird das Gesuch bearbeitet. Die Gebühren betragen für:

Nicht-Mitglieder von VAEPS	CHF 1'200.–
Mitglied von VAEPS	CHF 600.–

Bei Ablehnung des Gesuchs wird die einbezahlte Gebühr nicht rückerstattet. Für die zweite Antragstellung wird nur die ½ der entsprechenden Gebühr in Rechnung gestellt.

Gebühr bezahlt: Datum _____

Entscheid:

Datum _____ bewilligt abgelehnt pendent mit Auflagen

Auflagen:

Unterschriften:

FPH KMPPhyto Präsidium

VAEPS Mitglied im Vorstand FG KMPPhyto

An Institut FPH übergeben: (Datum) _____