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

am ____________ (Anmeldefrist: 4 Wochen vor dem Prüfungstermin)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen ☐ **Herr** / ☐ **Frau**

1) **Name:** ________________________________ **Vorname:** ________________________________

geboren am: _________________ **in:** ________________________________ / _________________

Ort Land

Wohnanschrift: ____________ ____

PLZ Ort

____

Straße Hausnummer

____

Telefonnummer

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

2) **Beschäftigungsort:** ____

z.B. Niederlassung, Filiale

Anschrift: ____________ ____

PLZ Ort

____

Straße Hausnummer

____

Telefonnummer

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Bitte nur eintragen, wenn Fortbildungslehrgang erfolgt:

3) **Teilnahme am Fortbildungslehrgang vom:** ____________________ **bis:** ____________________

Lehrgangsveranstalter: ____

Lehrgangsort ____________ ____

PLZ Ort

____

Straße Hausnummer

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

RECHNUNG AN: ☐ **Unternehmen** ☐ **Lehrgangsveranstalter** ☐ **Teilnehmer**

Mir ist bekannt, dass mit Eingang dieses Antrags eine Prüfungsgebühr fällig wird, deren Höhe sich nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen Gebührenordnung der Handelskammer Hamburg richtet. Sie beträgt 80,00 € und ist innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Rechnung zu überweisen. Mir ist bekannt, das die Prüfungsgebühr auch dann fällig wird, wenn ich/der angemeldete Teilnehmer den Prüfungstermin nicht wahrnehme/wahrnimmt.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

________________________ ________________________ oder ________________________

Ort , Datum **Unterschrift des Unternehmens/ Lehrgangsveranstalters mit Stempel** **Unterschrift des Teilnehmers**

Unterschrieben bitte zurücksenden an Fax Nr. 040 / 36 13 8 - 299
Ansprechpartner: Michael Kuhlmann, Tel. Nr. 040/ 36 13 8 - 277