

# Ergänzung zur Anmeldung an der Akademie für Pharmaberufe



## VON DER ZU TEILNEHMENDEN PERSON AUSZUFÜLLEN

1	Familienname	Geburtsname – wenn abweichend –	Vorname(n)	Geburtsdatum
2	Straße (Anschrift am ständigen Wohnsitz)			Hausnummer
3	ggf. Auslands- kennzeichen	Postleitzahl	Wohnort	
4	Finanzierung	Kursvariante	EducationFLEX	
	Telefon	E-Mail		

**1** Bitte fügen Sie einen Nachweis der Kostenübernahme Ihres Arbeitgebers bei.

### 4.1 Rechnungsempfänger ist gleich Teilnehmer **Angaben zum Rechnungsempfänger**

5	Name des Unternehmens / der Person / des Haushaltes		
6	Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)		
7	Telefon	E-Mail	Webseite

Ansprechpartner im Unternehmen:

8	Name	Vorname	→ Bitte benennen Sie die Person welche für die Verwaltung dieses Anliegens in Ihrem Unternehmen zuständig ist!
9	Bezeichnung des Lehrgangs		→ Wählen Sie die Fortbildung aus um die es hier für Sie geht!

### Angaben zur Fortbildung, der IHK & Prüfung

#### Wichtiger Hinweis

10 Als Teilnehmer obliegt es Ihrer Verantwortung, rechtzeitig einen Zulassungsantrag bei Ihrer IHK zu stellen.

11 Beginn der Maßnahme \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

12 Prüfungstermin \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ IHK \_\_\_\_\_

Liegt eine Zulassungsbescheinigung Ihrer IHK bereits vor?  Ja  Nein

### Angaben zur Bildungsstätte

Maßnahmennummer der Akademie	427/5473/2022
Anschrift der Akademie	MRG NEW INNOVATIONS GMBH Akademie für Pharmaberufe Beutnerring 9 21077 Hamburg
Telefon & Email	T: 040 - 22 86 0239 H: 0800-8806000 E: info@pharmareferent.de Web: www.pharmareferent.de

Wir sind Zertifiziert und geprüft

