FPH
Spital | Hôpital

……, den……..

Fachgesellschaft
FPH Spital
1700 Fribourg

VERZICHTSFORMULAR
FACHAPOTHEKERTITEL IN SPITALPHARMAZIE

Hiermit erkläre ich, dass ich die jährliche Fortbildungspflicht nicht mehr erfüllen und keine Fortbildungsnachweise mehr einreichen werde.

Ich verzichte damit auf die Revalidierung des Fachapothekertitels in Spitalpharmazie, welche eine jährliche Erfüllung der Fortbildungspflicht voraussetzt und ich bin mit dem Entzug des Rechts zur Führung des Fachapothekertitels in Spitalpharmazie einverstanden.

Name .....…….....

Vorname und Nachname .....…….....

Arbeitsort .....…….....

Institution, Strasse, PLZ, Ort .....…….....

Tel. direkt .....

E-Mail .....

Datum ……..... Unterschrift .....

Form Nr 10170028