FPH
Spital | Hôpital

……....., den ……

Fachgesellschaft
FPH Spital
CH 1700 Fribourg

VERZICHTSFORMULAR
FÄHIGKEITSAUSWEIS FPH IN KLINISCHER PHARMAZIE

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

Ich verzichte damit auf die Revalidierung des Fähigkeitsausweises FPH in klinischer Pharmazie, welche eine jährliche Erfüllung der Fortbildungspflicht voraussetzt und ich bin mit dem Entzug des Rechts zur Führung des Titels Fähigkeitsausweis FPH in klinischer Pharmazie einverstanden.

Name .....…….....

Vorname und Nachname .....…….....

Arbeitsort .....…….....

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

Tel. direkt .....

e-Mail .....

Datum ……..... Unterschrift .....

Form Nr 10170029