



# - Landesapothekerkammer - Brandenburg



## Übersicht über wahrgenommene Fortbildungsmaßnahmen

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name, Adresse:

---

Datum	Veranstaltungsnummer/ ergänzende Informationen	Thema	Ort	Punkte	Kategorie	Status*

\* Der Status „anerkannt“ entspricht einer Teilnahme- und Akkreditierungsbestätigung der Landesapothekerkammer Brandenburg. Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.