

Bescheinigung über die Tätigkeit als Famulant:in (im Rahmen des Pharmaziestudiums)

(Name, Vorname)

ist in der Zeit vom _____ bis _____

nach § 3 der Approbationsordnung für Apotheker:innen in der unten bezeichneten
Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulant:in tätig gewesen.

(Name, Vorname)

hat in dieser Zeit ganztägig mitgearbeitet. Die Ausbildung ist vom _____
bis _____ unterbrochen /nicht unterbrochen *) worden.

(Bezeichnung der Ausbildungsapotheke)

_____, den _____
Ort, Datum

(Stempel der Apotheke)

(Unterschrift der/des verantwortlichen Apotheker:in)

*) Nichtzutreffendes streichen