

## FOEDERATIO PHARMACEUTICA HELVETIAE

# Antrag auf Vergabe des Fähigkeitsausweises FPH in Phytotherapie

Herr  Frau Titel:  eidg. dipl. Apotheker/in  Dr. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Heimatort/Kt., Nationalität \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. Privat \_\_\_\_\_ Geschäft \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Apothekerdiplom erworben an der Universität / Datum \_\_\_\_\_

Akademische Titel erworben an der Universität / Datum \_\_\_\_\_

Besitzer/in  Verwalter/in  angestellte/r Apotheker/in

Arbeitsort (Gemeinde/Kt.) \_\_\_\_\_

SAV-Mitglied  Ja  Nein

Ich habe bereits ein FPH-Dossier  Ja  Nein\*  
eröffnen lassen (z.B. für den FPH-Titel)

**\*Bitte Kopie des Universitätsdiploms beilegen, sofern bisher noch kein  
persönliches FPH-Dossier eröffnet wurde.**

Die Erteilung des Fähigkeitsausweises FPH erfolgt gemäss Reglement  
„Fähigkeitsprogramm FPH in Phytotherapie“:

durch Absolvieren der regulären Weiterbildung (Kategorie 1.1).

**Für Kandidaten gemäss der regulären Weiterbildung (Kategorie 1.1), welche  
den Kurs seit Juni 2002 besucht haben:**

Vgl. Abschnitt 1.5 des Reglements „Allgemeine Bestimmungen“, S. 10.

**Bitte entsprechende Nachweise (dreifach und in ein und derselben Sendung)  
beilegen.**

Der Kandidat / die Kandidatin wünscht den Fähigkeitsausweis und den FPH-Türkleber (für die Apotheke) auf:

Deutsch       Französisch       Italienisch

Der Kandidat / die Kandidatin wünscht folgende Version des FPH-Türklebers (pro Kandidat/in nur ein Kleber):

mit aufgedrucktem Namen (im Preis inbegriffen)       Kein Türkleber gewünscht

**Antrag**

Hiermit beantrage ich die Vergabe des Fähigkeitsausweises FPH in Phytotherapie und bestätige, dass ich das Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt habe:

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte Kopien sämtlicher geforderter Nachweise beilegen.**