

# Antrag auf Zulassung zur Fortbildungsprüfung: Geprüfte/r Pharmareferent/in



04

Industrie- und Handelskammer  
für München und Oberbayern  
Gabriele Gansen / VI-B-4 gag  
Postfach 80 09 80  
81609 München

Bitte senden an:  
Fax: 089 5116-81302  
E-Mail: [gabriele.gansen@muenchen.ihk.de](mailto:gabriele.gansen@muenchen.ihk.de)

Nachname	Vorname	Geschlecht
Straße/Hausnr.	PLZ	Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsort	Telefon (Festnetz) *
E-Mail *		Telefon (Mobil) *
Lehrgangsträger *		Lehrgangsort

---

gewünschter Teil 1  
Prüfungs-  
termin

---

Folgende Nachweise sind erforderlich und - sofern bereits vorhanden - beigefügt:

**Nachweis einer erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung** (sofern vorhanden)

**Nachweis über bisher erworbene Berufspraxis**

Zwischenzeugnis/se oder Bestätigung/en Ihres/Ihrer Arbeitgeber/s mit Angaben über Art und Dauer der Tätigkeiten.

(Art und Umfang der nachzuweisenden Berufspraxis kann der Verordnung Ihres angestrebten Abschlusses entnommen werden. Bei der Berechnung des zeitlichen Umfangs ist von einer Vollzeitbeschäftigung auszugehen. Teilzeittätigkeiten werden entsprechend prozentual angerechnet.)

---

Datum

---

Name (bei Übermittlung per E-Mail) / Unterschrift (bei Postversand)