

**Anlage****Zeugnis****über die Ablegung der Prüfung für den Apothekerberuf**

Frau/Herr Mag.<sup>a</sup>/Mag. pharm (Dr.<sup>in</sup>/Dr.) .....  
geboren am ..... in .....  
hat die in § 5 der Pharmazeutischen Fachkräfteverordnung, BGBI. Nr. 40/1930 idgF, vorgeschriebene  
fachliche Ausbildung in der Dauer von ..... in der öffentlichen  
Apotheke/Anstaltsapotheke ..... absolviert und  
sich am ..... der in dieser Verordnung vorgeschriebenen Prüfung für den  
Apothekerberuf vor der Prüfungskommission in .....  
mit dem Prüfungsergebnis<sup>1</sup> ..... unterzogen.

.....  
Datum

.....  
Vorsitzende/r der Prüfungskommission

---

<sup>1</sup> Die Beurteilungsstufen gemäß § 14 Abs. 2 der Pharmazeutischen Fachkräfteverordnung, BGBI. Nr. 40/1930 idgF, lauten ausgezeichnet befähigt, gut befähigt, befähigt und nicht befähigt.