

## AANMELDING VOOR DE OPLEIDING TOT ZIEKENHUISAPOTHEKER

Lees a.u.b. voorafgaand aan het indienen van uw aanvraag tot toelating tot de opleiding en inschrijving in het opleidingsregister het vigerende Besluit Opleidingseisen Ziekenhuisfarmacie van het Centraal College (CC) en de relevante uitvoeringsreglementen van de SRC-ZF.  
Deze zijn te vinden op de website van de KNMP: [www.knmp.nl](http://www.knmp.nl).

U dient deze aanvraag uiterlijk 14 dagen voor de vergadering van de SRC-ZF voorafgaand aan de eerste maand van aanvang van de opleiding tot ziekenhuisapotheker in te dienen bij de Specialisten Registratie Commissie, kamer Ziekenhuisfarmacie (SRC-ZF).

In te vullen door de AIOS-ziekenhuisfarmacie

### 1. Personalia

Naam en voornamen, voluit : .....

Roepnaam : .....

Titel : .....

Adres (privé) : .....

Postcode en Woonplaats : .....

E-mail adres : .....

Telefoonnummer : .....

Geslacht : man/vrouw/anders\*

Geboortedatum, -plaats : .....

BIG registratienummer : .....

Een kopie van uw inschrijving in het register van apothekers (BIG-register), zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG dient als bijlage bij dit aanmeldingsformulier te worden meegezonden. U dient uw persoonlijk opleidingsplan in Reconcept te uploaden. Indien u nog geen account heeft in Reconcept dient het persoonlijk opleidingsplan als bijlage bij dit aanmeldingsformulier te worden meegezonden. De werkwijze voor het werken in Reconcept is beschreven in UR E-portfolio in Reconcept;  
[https://www.knmp.nl/sites/default/files/2024-10/UR\\_E-portfolio\\_in\\_Reconcept\\_15oktober2024.pdf](https://www.knmp.nl/sites/default/files/2024-10/UR_E-portfolio_in_Reconcept_15oktober2024.pdf)

### 2. Gegevens opleidingsinstelling(en)

Naam 1<sup>e</sup> opleidingsinstelling (instroominstelling): .....

Naam 2<sup>e</sup> opleidingsinstelling (doorstroominstelling): .....

Naam overige opleidingsinstelling(en) indien van toepassing: .....

### 3. Gegevens opleider(s)

Naam eindverantwoordelijk opleider: .....

Naam 2<sup>e</sup> opleider (in 2e instelling) : .....

#### **4. Gegevens opleiding**

Aanvangsdatum opleiding : .....

#### **5. Dienstverband**

Fulltime/parttime : .....

Aantal uren/fte : .....

#### **6. Individualisering**

Voor het aanvragen van individualisering van uw opleiding wordt u verwezen naar de desbetreffende regeling(en);

[https://www.knmp.nl/sites/default/files/2025-03/ur\\_individualiseren\\_van\\_de\\_opleiding\\_zf.pdf](https://www.knmp.nl/sites/default/files/2025-03/ur_individualiseren_van_de_opleiding_zf.pdf)

#### **7. Gegevensverstrekking**

Ik ga wel/niet\* akkoord met het verstrekken van mijn naam, BIG-nummer en de aanvangsdatum van mijn opleiding aan het BIG-register.

Deze gegevens worden verstrekt aan het BIG-register (CIBG) ter verificatie van de inschrijving in het opleidingsregister bij een aanvraag van de AIOS tot herregistratie in het BIG-register. Het volgen van de opleiding tot ziekenhuisapotheker valt onder relevante werkervaring. Wie niet akkoord gaat dient zelf zorg te dragen voor voldoende bewijslast richting het BIG-register.

#### **8. Facturatie**

Voor de inschrijving in het opleidingsregister is een tarief verschuldigd. De factuur dient te worden gezonden naar mijzelf (AIOS)/ de opleidingsinstelling\* o.v.v. betalingskenmerk.....

#### **9. Ondertekening**

Datum: .....

Handtekening AIOS-ziekenhuisfarmacie:

.....

Hierbij verklaren de eindverantwoordelijk opleider en opleider in de doorstroominstelling bereid te zijn bovenvermelde AIOS-ziekenhuisfarmacie op te leiden:

Datum:

Handtekening eindverantwoordelijk opleider:                      Handtekening(en) 2<sup>e</sup> (en evt. 3<sup>e</sup>) opleider:

.....

.....

Retourneren aan: SRC Ziekenhuisfarmacie; [registratiezf@knmp.nl](mailto:registratiezf@knmp.nl)

SRC-ZF, 28 januari 2025