



Mitgliederverwaltung - Stammdatenblatt

Apothekerkammer Bremen * Eduard-Grunow-Str. 11 * 28203 Bremen * Telefon: +49 421 170917 * E-Mail: s.mueller@ak-bremen.de

- ☐ **ANMELDUNG** ☐ Hauptbeschäftigungsverhältnis ☐ Nebenbeschäftigung ☐ Vertretung

Vorheriges Mitglied bei der Apothekerkammer _____
(Bundesland)

Datum Beschäftigungsbeginn: _____ **Wochenstunden** _____

- ☐ **ABMELDUNG** ☐ Hauptbeschäftigungsverhältnis ☐ Nebenbeschäftigung

Datum Beschäftigungsende: _____ **Kammerwechsel zur Apothekerkammer** _____
(Bundesland)

- ☐ **Änderungsmitteilung** (neue Anschrift, Reduzierung/Erhöhung Wochenarbeitszeit, Namensänderung, Elternzeit):

☐ neue Anschrift _____ ab _____

☐ Wochenstunden _____ ab _____

☐ Elternzeit von _____ bis _____

☐ Sonstiges _____

Funktion

- ☐ Apotheker:in in Anstellung
☐ Leitung Filialapotheke
☐ Leitung Krankenhausapotheke
☐ Pharmazeut:in im Praktikum (PhIP)
☐ Apotheker:in mit Berufserlaubnis

Beschäftigungsort

- ☐ öffentliche Apotheke
☐ Krankenhausapotheke
☐ Industrie/Verwaltung/Krankenkasse:

Apothekeninhaber:in

- ☐ Eigentümer:in
☐ Pächter:in
☐ Verwalter:in

☐ Apotheker:in ohne Berufsausübung

☐ mit Leistungsbezug (z.B. Arbeitslosen- oder Krankengeld) _____

☐ ohne Bezüge

☐ Apotheker:in/freiwilliges Mitglied

☐ **VERTRETUNGS-**Apotheker:in (unter 4 Wochen), Zeitraum von _____ bis _____

Wochenstunden _____

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Name

Geburtsdatum

Vorname

Geburtsort/Geburtsland

Geburtsname/früherer Familienname

Staatsangehörigkeit

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

E-Mail

Mobiltelefon

Apotheke/Arbeitgeber

Anschrift



Angaben zum Heilberufsausweis (HBA)

Ich bin im Besitz eines Heilberufsausweises ☐ ja Anzahl: _____ ☐ nein

Ausstellende Kammer: _____

Weitere Angaben:

Ausbildung

Approbation erteilt durch _____ am _____

Absolvierte Weiterbildung(en)	Datum	Kammer
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ich bin bereits Mitglied im Versorgungswerk _____ seit: _____

Die Informationen zum Datenschutz unter <https://www.apothekerkammer-bremen.de/Kammer-Datenschutz> habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Wichtiger Hinweise:

- Ihre Anmeldung als Kammermitglied wird an das für Sie zuständige Versorgungswerk Westfalen-Lippe weitergeleitet
- Bei Beendigung Ihrer Kammermitgliedschaft haben Sie sich bei der Apothekerkammer Bremen abzumelden