



# Apotheker + Apothekerinnen

**Anmeldung**

Datum Beschäftigungs**beginn** \_\_\_\_\_

**Stunden** wöchentlich \_\_\_\_\_

**Abmeldung**

Datum Beschäftigungs**sende** \_\_\_\_\_

**Kammerwechsel** nach Bundesland \_\_\_\_\_

**Vertretung**

(unter 4 Wochen) \_\_\_\_\_

von bis \_\_\_\_\_

**Funktion**

Eigentümer

Approbierter Mitarbeiter

Pharmaziepraktikant

Pächter

Leiter Filialapotheke

Apothekerassistent

Verwalter

Leiter Krankenhausapotheke

Beruserlaubnis

**Persönliche**

**Daten**

Vorname + Familienname \_\_\_\_\_

weiblich  männlich

Straße \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

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

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**Ausbildung**

Approbation \_\_\_\_\_  
erteilt durch \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

PTA Erlaubnis erteilt durch \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

PKA / Helfer-Prüfung bestanden in \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

**Ummeldung**

Prüfung bestanden am \_\_\_\_\_

weiterhin in meiner Apotheke beschäftigt

Wochenarbeitszeit ab \_\_\_\_\_

Stunden \_\_\_\_\_

Elternzeit ab \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_

Namensänderung ab \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Adressänderung ab \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**Versorgungswerk**

ich bin bereits Mitglied im Versorgungswerk \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**Apotheke**

Datum \_\_\_\_\_

Apothekename / Anschrift (Apothekenstempel) \_\_\_\_\_

Die Meldung wird von der Apothekerkammer Bremen an das Versorgungswerk Westfalen Lippe weitergeleitet

**Information zum Datenschutz**

Die Information zum Datenschutz (unter [www.ak-bremen.de](http://www.ak-bremen.de) <Kammer<Datenschutz) habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_