



Apotheker + Apothekerinnen

Anmeldung

Datum Beschäftigungs**beginn** _____

Stunden wöchentlich _____

Abmeldung

Datum Beschäftigungs**sende** _____

Kammerwechsel nach Bundesland _____

Vertretung

(unter 4 Wochen) _____

von bis _____

Funktion

- Eigentümer
- Pächter
- Verwalter

- Approbierter Mitarbeiter
- Leiter Filialapotheke
- Leiter Krankenhausapotheke

- Pharmaziepraktikant
- Apothekerassistent
- 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 <Kammer<Datenschutz) habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum _____

Name _____