



PTA + PKA

Apothekerkammer Bremen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anmeldung

Datum Beschäftigungsbeginn _____ Stunden wöchentlich _____

Abmeldung

Datum Beschäftigungsende _____ Kammerwechsel nach Bundesland _____

Funktion

PTA PKA / Apothekenhelfer Sonstige
 PTA-Anwärter Auszubildende PKA

Persönliche Daten

Vorname + Familienname _____ weiblich männlich

Straße _____ Telefon / Mobil _____

PLZ, Ort _____ E-Mail _____

Geburtsname _____ Geburtsort _____

Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____

Ausbildung

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 _____

Apotheke

Datum _____ Apothekenname / Anschrift (Apothekenstempel) _____

Information zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass die Apothekerkammer Bremen meine Daten für die rechtmäßige Erfüllung der Kameraufgaben und für statistische Zwecke speichert. Die Information zum Datenschutz (unter www.ak-bremen.de <Kammer<Datenschutz>) habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum _____ Name _____