



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 Kammeraufgaben und für statistische Zwecke speichert. Die Information zum Datenschutz (unter www.ak-bremen.de <Kammer<Datenschutz>) habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum _____

Unterschrift der angemeldeten Person _____