



Apotheker + Apothekerinnen

☐ **Anmeldung**

Datum Beschäftigungs**beginn** _____

Stunden wöchentlich _____

☐ **Abmeldung**

Datum Beschäftigungs**ende** _____

Kammerwechsel nach Bundesland _____

☐ **Vertretung**

_____ (unter 4 Wochen) von bis _____

Funktion

☐ Eigentümer

☐ Approbierter Mitarbeiter

☐ Pharmaziepraktikant

☐ Pächter

☐ Leiter Filialapotheke

☐ Apothekerassistent

☐ Verwalter

☐ Leiter Krankenhausapotheke

☐ Berutserlaubnis

Persönliche

Daten

Familienname, Vorname _____

☐ 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 _____

Versorgungs- werk

☐ ich bin bereits Mitglied im Versorgungswerk _____ seit: _____

Apotheke

Datum _____ Apothekenname / 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 _____ Unterschrift der angemeldeten Person _____