PTA + PKA

Apothekerkammer Bremen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

☐ **Anmeldung**

Datum Beschäftigungs**beginn** _____ **Stunden** wöchentlich _____

☐ **Abmeldung**

Datum Beschäftigungs**ende** _____ **Kammerwechsel** nach Bundesland _____

Funktion

☐ PTA ☐ PKA / Apothekenhelfer ☐ Sonstige

☐ PTA-Anwärter ☐ Auszubildende PKA

Persönliche Daten

Nachname, Vorname _____ ☐ 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 _____

Apothekerkammer Bremen - Eduard-Grunow-Str. 11 - 28203 Bremen
Telefon: 0421 - 17 09 17 - Telefax: 0421 - 17 09 18 - E-Mail: s.mueller@ak-bremen.de