Pharmaziepraktikanten

Praktische Ausbildung gem. § 4 Approbationsordnung
gem. § 3, Abs. 5 MeldeO

Apothekerkammer Berlin
Littenstraße 10 · 10179 Berlin

EDV
Akte
Bearbeitungsvermerke

Art der Meldung

☐ Anmeldung zum ☐☐☐☐☐☐

☐ Abmeldung zum ☐☐☐☐☐☐

Bitte in Blockschrift ausfüllen!

Persönliche Daten des/der Pharmaziepraktikanten/in		
Familienname:		akad. Titel:
Vorname:	Geburtsname:	
geb. am:	in:	
Staatsangehörigkeit:		Geschlecht: ☐ w ☐ m
Wohnungsanschrift:	Straße:	
PLZ:	Ort:	
Telefon:	Fax:	eMail:

Wochenarbeitszeit
ganztägige praktische Ausbildung gem. § 4 AAppO

Angaben zur Ausbildungsstätte		
Name:		
Straße:		
PLZ:	Ort:	
Telefon:	Fax:	eMail:

Für die Ausbildung verantwortliche/r Apotheker/in (freiwillige Angaben)	
Familiename:	akad. Titel:
Vorname:	
Abteilung:	

Datum:	Datum:
Stempel Unterschrift des/der für die Ausbildung verantwortlichen Apothekers/in	Unterschrift des/der Pharmaziepraktikanten/in

Form § 3, Abs. 5 MeldeO 1/2000