



Art der Meldung

- Anmeldung zum
 Änderungsmeldung zum
 Abmeldung zum

EDV Akte Bearbeitungsvermerke	Apothekenummer (Stempel)
-------------------------------------	--------------------------

Bitte in Blockschrift ausfüllen!

Persönliche Daten	
Familienname:	akad. Titel:
Vorname:	Geburtsname:
geb. am:	in:
Staatsangehörigkeit:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Wohnungsanschrift:	Straße:
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax: eMail:

Beschäftigung		
<input type="checkbox"/> Apotheker/in	am:	in:
• Approbation		
• widerrufl. Berufserlaubnis	von:	bis:
<input type="checkbox"/> Pharmazeut/in im Praktikum gem. § 4 AAppO (Dauer Praktikum: <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate)		
<input type="checkbox"/> Apothekerassistent/in	<input type="checkbox"/> Pharmazieingenieur/in	

Angaben zur Wochenarbeitszeit
<input type="text"/> , <input type="text"/> Stunden

Änderungsmeldung	
<input type="checkbox"/> Adressänderung	Straße:
PLZ:	Ort:
<input type="checkbox"/> Namensänderung:	
<input type="checkbox"/> Änderung der Wochenarbeitszeit:	<input type="text"/> , <input type="text"/> Stunden

Angaben bei Wegzug aus dem Kammerbereich Berlin	
Künftiger Kammerbereich:	
Künftige Wohnungsanschrift	Straße:
PLZ:	Ort:

Datum:	Datum:
Apothekenstempel	Auf meine Schweigepflicht nach §§ 203, 204 StGB bin ich hingewiesen worden.
Unterschrift des/der Apothekerleiters/in	Unterschrift des/der Arbeitnehmers/in

An die
Apothekerkammer Berlin
Littenstraße 10
10179 Berlin

Formblatt-Anforderung:

Bitte senden Sie mir Meldebögen zu.