



EDV

Akte

Bearbeitungsvermerke

Bitte in Blockschrift ausfüllen!

--	--	--	--	--	--

## Persönliche Daten

Familiename:		akad. Titel:					
Vorname:		Geburtsname:					
geb. am:		in:					
Staatsangehörigkeit:		Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d					
Wohnungsanschrift:		Straße:					
PLZ:		Ort:					
Telefon:		Fax:		eMail:			
Wohnsitz in Berlin seit:							
Apotheker/in <input type="checkbox"/> Approbation		(Bitte beglaubigte Kopie beifügen)		am:		in:	
<input type="checkbox"/> widerrufliche Berufserlaubnis				von:		bis:	
erteilende Behörde:							
Arbeitserlaubnis:		von:		bis:			
Aufenthaltserlaubnis:		von:		bis:			

## Berufstätigkeit in Arbeitsstätte (1)

berufstätig, als: \_\_\_\_\_ seit 

--	--	--	--	--	--

## Angaben zur Wochenarbeitszeit

--	--	--	--

, 

--	--

 Stunden

## Angaben zur Arbeitsstätte (1)

Name:					
Straße:					
PLZ:		Ort:			
Telefon:		Fax:		eMail:	

## Weitere Berufstätigkeit in Arbeitsstätte (2)

berufstätig, als: \_\_\_\_\_ seit 

--	--	--	--	--	--

## Angaben zur Wochenarbeitszeit

--	--	--	--

, 

--	--

 Stunden

## Angaben zur Arbeitsstätte (2)

Name:					
Straße:					
PLZ:		Ort:			
Telefon:		Fax:		eMail:	

Form § 2, Abs. 1 MeldeO 11/2018

An die  
Apothekerkammer Berlin  
Littenstraße 10  
10179 Berlin

<b>Anerkannte Weiterbildung(en)</b> (Bitte Kopie beifügen!)	
Gebiet:	
am:	durch:
Gebiet:	
am:	durch:
<b>Promotion</b> (Bitte Kopie beifügen!)	
Bezeichnung:	
am:	durch:
<b>Habilitation</b> (Bitte Kopie beifügen!)	
Bezeichnung:	
am:	durch:
<b>Andere Approbation</b> (Bitte Kopie beifügen!)	
als:	
am:	durch:

Anlagen (im Original bei persönlicher Vorlage / beglaubigte Kopie)

1. Approbationsurkunde
- 2.
- 3.

Ich erkläre, - die Informationspflichten zum Datenschutz (Anlage zur Anmeldung) zur Kenntnis genommen zu haben, - zur Deckung der sich aus meiner Berufstätigkeit ergebenden Haftpflichtansprüche eine nach Art und Umfang dem Risiko angemessene Berufshaftpflichtversicherung zu unterhalten, soweit ich nicht in vergleichbarem Umfang im Rahmen meines Beschäftigungsverhältnisses abgesichert oder nach den Grundsätzen der Amtshaftung von der Haftung freigestellt bin (§ 27 Abs. 1 Nr. 7 Berliner Heilberufekammergesetz).	
Ort, Datum	Unterschrift