



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:							

HBA: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		ausstellende Kammer:			
gültig bis:		Ausweisnummer:			

Berufstätigkeit in Arbeitsstätte (1)

berufstätig, als:		seit <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

Angaben zur Wochenarbeitszeit

<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Stunden					

Angaben zur Arbeitsstätte (1)

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

Weitere Berufstätigkeit in Arbeitsstätte (2)

berufstätig, als:		seit <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

Angaben zur Wochenarbeitszeit

<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> , <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Stunden					

Angaben zur Arbeitsstätte (2)

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

An die
Apothekerkammer Berlin
Littenstraße 10
10179 Berlin

Fachapotheker:in, anerkannte Weiterbildung(en) (Bitte Kopie beifügen!)	
Gebiet:	
am:	durch:
Gebiet:	
am:	durch:
Promotion (Bitte Kopie beifügen!)	
Bezeichnung:	
am:	durch:
Habilitation (Bitte Kopie beifügen!)	
Bezeichnung:	
am:	durch:
Andere Approbation (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