

An die

Apothekerkammer Schleswig-Holstein

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Düsternbrooker Weg 75

24105 Kiel

Telefon 0431 / 57935-15

Telefax 0431 / 57935-20

<input type="checkbox"/> Anmeldung <input type="checkbox"/> Vertretungsmeldung	<input type="checkbox"/> Abmeldung <input type="checkbox"/> Kammerwechsel _____ (Bundesland)	<input type="checkbox"/> Ummeldung
<input type="checkbox"/> ApothekeneigentümerIn <input type="checkbox"/> ApothekenpächterIn <input type="checkbox"/> ApothekenverwalterIn	<input type="checkbox"/> Approbierte/r Filialleitung <input type="checkbox"/> Approbierte/r MitarbeiterIn	<input type="checkbox"/> Pharmazeuten im Praktikum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Persönliche Daten:

Familienname:		Mitglieds-Nr:
Vorname:		Titel:
Straße:		Tel.-Nr.:
PLZ, Ort:		
Geburtsname:	geb. am:	in:
Familienstand: <input type="checkbox"/> nicht verheiratet <input type="checkbox"/> verheiratet Datum:.....	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit:

Ausbildung:

Datum Approbation: _____ erteilt durch: _____

Angaben zur Beschäftigung: (wöchentliche Arbeitszeit bitte unbedingt angeben!)

<input type="text"/> Stunden wöchentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig beschäftigt	<input type="checkbox"/> unregelmäßig beschäftigt
<input type="checkbox"/> Beschäftigungsbeginn <input type="checkbox"/> Beschäftigungsende }	_____ (Datum)	

Vertretung (unter 4 Wochen) von: _____ bis: _____
(Datum) (Datum)

Wichtige Änderungsmitteilung (o.g. Person betreffend):

<input type="checkbox"/> Wochenarbeitszeit	seit dem:	Stunden:
<input type="checkbox"/> Namensänderung	seit dem:	Name:
<input type="checkbox"/> Adressänderung ab: _____	Adresse:	
<input type="checkbox"/> Mutterschutz/Erziehungsurlaub	seit dem:	<input type="checkbox"/> in Mutterschutz / seit dem: <input type="checkbox"/> in Erziehungsurlaub

Weiterbildung:

Soll das Arbeitsverhältnis der Weiterbildung dienen? (§ 3 Abs. 4 Weiterbildungsordnung)

ja nein

Gebiet:

Apotheke/Firma/Institution, in die der Eintritt/der Austritt erfolgt:

Stempel (oder Name und Anschrift)

Datum/Unterschrift

Meldungen für approbierte Mitarbeiter/innen werden von der Apothekerkammer an die Apothekerversorgung Schleswig-Holstein weitergeleitet.
Kopien für Ihre Akten und für den/die Mitarbeiter/in fertigen Sie bitte selbst an.

Apothekerkammer Schleswig-Holstein Fax 0431-5793520