

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"/> <b>Anmeldung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Abmeldung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ummeldung</b>
<input type="checkbox"/> <b>Vertretungsmeldung</b>	<input type="checkbox"/> mit Kammerwechsel nach _____	
<input type="checkbox"/> ApothekeneigentümerIn	<input type="checkbox"/> Approbierte/r Filialleitung	<input type="checkbox"/> ApothekerIn mit Berufserlaubnis (§11 BApo)
<input type="checkbox"/> ApothekenpächterIn	<input type="checkbox"/> Approbierte/r MitarbeiterIn	<input type="checkbox"/> Pharmazeut im Praktikum (PhiP)
<input type="checkbox"/> ApothekenverwalterIn	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....

<b>Persönliche Daten:</b>		
Familienname:		<b>Mitglieds-Nr.:</b>
Vorname:		Akademischer Grad*:
Straße:		Telefon:
PLZ, Ort:		Email:
Geburtsname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Familienstand: <input type="checkbox"/> nicht verheiratet <input type="checkbox"/> verheiratet	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Staatsangehörigkeit:

<b>Fachliche Ausbildung:</b>		
<b>Approbation:</b>	am _____	erteilt durch _____
<b>Berufserlaubnis als ApothekerIn:</b>	von _____ bis _____	erteilt durch _____ am _____

<b>Angaben zur Beschäftigung: (wöchentliche Arbeitszeit bitte unbedingt angeben!)</b>		
<input type="text"/> <b>Stunden wöchentlich</b>	<input type="checkbox"/> regelmäßig beschäftigt	<input type="checkbox"/> unregelmäßig beschäftigt
<input type="checkbox"/> <b>Beschäftigungsbeginn</b>	} _____ (Datum)	
<input type="checkbox"/> <b>Beschäftigungsende</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Vertretung</b> (unter 4 Wochen)	vom: _____ (Datum)	bis: _____ (Datum)

<b>Ummeldung o.g. Person betreffend:</b>		
<input type="checkbox"/> Wochenarbeitszeit	seit:	Stunden:
<input type="checkbox"/> Namensänderung*	seit:	Name:
<input type="checkbox"/> Adressänderung ab: _____	Adresse:	
<input type="checkbox"/> Mutterschutz vom: _____ bis: _____	<input type="checkbox"/> Elternzeit vom: _____ bis: _____	

<b>Weiterbildung:</b>		
Gebietsbezeichnung* / Zusatzbezeichnung*: _____		
erteilt durch Apothekerkammer*: _____ (Bitte Bundesland angeben.)		

<b>Arbeitgeber: Apotheke / Firma / Institution</b>		
		_____
Stempel (oder Name und Anschrift)	Datum	Unterschrift

Stand: 9/2019

\*Bitte Kopien der entsprechenden Urkunden beifügen.

Meldungen für approbierte Mitarbeiter/innen werden von der Apothekerkammer an die Apothekerversorgung Schleswig-Holstein weitergeleitet.

**Apothekerkammer Schleswig-Holstein Fax 0431-5793520**