Übernahme-Vereinbarung PKA-Auszubildende/r aus anderem Kammerbezirk

Das am _____ begründete Ausbildungsvertragsverhältnis

eingetragen zur PKA-Rolle Nr. _____

bei der Apothekerkammer: _____

zwischen

_____

Name und Anschrift der bisherigen Ausbildungsstätte (Apotheke)

und

_____

Name und Anschrift der/des Auszubildenden

wird ab dem _____ fortgeführt werden von der

_____

Name und Anschrift der zukünftigen Ausbildungsstätte (Apotheke)

Der ursprüngliche Ausbildungsvertrag liegt uns ☐ im Original ☐ in Kopie vor.

Dieser wird der jeweiligen Ausfertigung dieser Vereinbarung beigeheftet.

_____ _____

_____
Unterschrift Apothekeninhaber/in
m. Apothekenstempel

_____
Unterschrift Auszubildende/r

_____

_____
ggf. Unterschrift gesetzl. Vertreter

Bitte reichen Sie diese Vereinbarung dreifach unterzeichnet im Original bei der Apothekerkammer ein.

Bestätigung der Apothekerkammer Schleswig-Holstein

Die Übernahme wird seitens der Apothekerkammer Schleswig-Holstein zur Kenntnis genommen. Die bisherige Ausbildungszeit der/des Auszubildenden wird angerechnet.

Kiel, den _____

_____
Unterschrift Präsident