

Mitarbeiter

gem. § 3, Abs. 1, 2 u. 3 MeldeO

Art der Meldung

- Anmeldung zum
- Änderungsmeldung zum
- Abmeldung zum

EDV
Akte
Bearbeitungsvermerke

Apothekennummer (Stempel)

Bitte in Blockschrift ausfüllen!

Persönliche Daten		
Familienname:	akad. Titel:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
Vorname:	Geburtsname:	
geb. am:	in:	Staatsangehörigkeit:
Wohnungsanschrift:	Straße:	
PLZ:	Ort:	
Telefon:	Fax:	E-Mail:

Beschäftigung		
<input type="checkbox"/> Apotheker/in • Approbation	am:	in:
• widerrufl. Berufserlaubnis	von:	bis:
<input type="checkbox"/> Apothekerassistent/in	<input type="checkbox"/> Pharmazieingenieur/in	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r zur PKA
<input type="checkbox"/> Pharmazeut/in im Praktikum gem. § 4 AAppO		
• Bereits absolvierte praktische Ausbildung (ggf. Ausbildungsstätte angeben)		
1. Halbjahr		
2. Halbjahr		

Angaben zur Wochenarbeitszeit
<input type="text"/> , <input type="text"/> Stunden

Änderungsmeldung	
<input type="checkbox"/> Adressänderung	Straße:
PLZ:	Ort:
<input type="checkbox"/> Namensänderung:	
<input type="checkbox"/> Änderung der Wochenarbeitszeit:	<input type="text"/> , <input type="text"/> Stunden

Angaben bei Wegzug aus dem Kammerbereich Berlin	
Künftiger Kammerbereich:	
Künftige Wohnungsanschrift	Straße:
PLZ:	Ort:

Datum:	Datum:
Apothekenstempel	Auf meine Schweigepflicht nach §§ 203, 204 StGB bin ich hingewiesen worden.
Unterschrift des/der Apothekerleiters/in	Unterschrift des/der Arbeitnehmers/in