

Bei **Erstanmeldung** ist eine **beglaubigte** Kopie der **Approbationsurkunde** bzw. **Erlaubnis** zur Ausübung des Apothekerberufes beizufügen!

<input type="checkbox"/> Anmeldung	<input type="checkbox"/> Abmeldung	<input type="checkbox"/> Vertretung	<input type="checkbox"/> Ummeldung/Änderung <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Name <input type="checkbox"/> Sonstiges
---	---	--	--

besteht/bestand bereits eine Mitgliedschaft in der AKNR ja nein falls ja, Mitgliedsnummer _____

besteht eine weitere Mitgliedschaft i.e. anderen Kammer ja nein falls ja, welche Kammer _____

Titel

Telefon

Name

Telefax

Vorname/n

Mobiltelefon

ggf. Geburtsname

E-Mail

Straße, Postfach

Geburtsort

Geburtsland

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Geschlecht: weiblich männlich

<input type="checkbox"/> Approbation erteilt am: _____	ausgestellt von: _____
<input type="checkbox"/> Berufserlaubnis von: _____	gültig bis: _____
ausgestellt von: _____	
<input type="checkbox"/> 2. Staatsexamen am: _____	ausgestellt von: _____
<input type="checkbox"/> Staatsexamen am: _____	ausgestellt von: _____

Arbeitgeber im Kammerbereich Nordrhein

Straße, PLZ, Ort

Tätig in: Apotheke Krankenhausapotheke Industrie Verwaltung Universität
 Bundeswehr PTA-/PKA-Schule Sonstiges

als: Inhaber/in Pächter/in Verwalter/in Filialleiter/in Leiter/in (Krankenhaus-
apotheke)
 Mitarbeiter/in Pharmazeut/in im Praktikum (freiwilliges Mitglied)

regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit/Stundenzahl: _____

Vertretung, Zeitraum von: _____ bis: _____

Beschäftigungsbeginn: _____ Beschäftigungsende: _____

Mutterschutz ab: _____ Elternzeit ab: _____

ohne Beschäftigung arbeitslos Ruhestand Fortzug aus Nordrhein zum: _____

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift

bitte wenden !

Personenmeldebogen

Apothekerkammer Nordrhein, Poststr. 4, 40213 Düsseldorf, Tel.: 0211 – 83880, www.aknr.de
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mitglied des Versorgungswerkes der Apothekerkammer Nordrhein(n = nein / j = ja) _____

Mitgliedschaften in anderen Versorgungswerken:

Weiterbildung im Gebiet/Bereich: _____
(Kopie der Urkunde beifügen)

Ausstellungsdatum: _____

Nachweis der bisherigen Pharmazeutischen Tätigkeiten (bitte auch Studienzeiten, Promotionszeiten, Kandidatenzeit)

von	bis	in Apotheke/Firma	PLZ	Ort	als	Wochen- stunden