

Personenmeldebogen

Fax: 0211 – 8388222

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

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 _____

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