Meldebogen für Apotheker/innen

Apothekerkammer Nordrhein KdöR, Poststr. 4, 40213 Düsseldorf, Tel.: 0211 – 83880, www.aknr.de

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

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 _____

Haben Sie einen eHBA ☐ nein ☐ ja **Apothekerkammer** _____ **Kartennummer** _____

Titel _____ Telefon _____

Name _____ Telefax _____

Vorname/n _____ Mobiltelefon _____

ggf. Geburtsname _____ E-Mail _____

Straße, Postfach _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____

PLZ, Ort _____ Geburtsdatum _____

Staatsangehörigkeit _____ Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

☐ Approbation erteilt am: _____ ausgestellt von: _____

☐ Berufserlaubnis von: _____ gültig bis: _____ ausgestellt von: _____

☐ 2. Staatsexamen am: _____ ausgestellt von: _____

☐ Staatsexamen am: _____ ausgestellt von: _____

Arbeitgeber im Kammerbereich Nordrhein _____

Straße, PLZ, Ort _____

als: ☐ Inhaber/in ☐ Pächter/in ☐ Verwalter/in ☐ Filialleiter/in ☐ Leiter/in (Krankenhausapotheke) ☐ Mitarbeiter/in

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 !

Mitglied des Versorgungswerkes der Apothekerkammer Nordrhein ☐ ja ☐ nein

Mitgliedschaften in anderen Versorgungswerken:

_____

_____

Nachweis der <u>bisherigen</u> Pharmazeutischen Tätigkeiten

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