

## Apothekenpersonal

Meldungen für Apotheker und Pharmaziepraktikanten werden von der Apothekerkammer an die Apothekerversorgung Niedersachsen weitergeleitet. Kopien für Ihre Akten und für die Mitarbeiter fertigen Sie bitte in der Apotheke an.

<input type="checkbox"/> <b>Anmeldung</b>	_____	_____
	Datum Beschäftigungsbeginn	Stunden wöchentlich
<input type="checkbox"/> <b>Abmeldung</b>	_____	_____
	Datum Beschäftigungsende	Kammerwechsel nach (Bundesland)
<input type="checkbox"/> <b>Vertretung</b>	_____	_____
	(unter 4 Wochen) von bis	Stunden wöchentlich
<b>Funktion</b>	<input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Pächter <input type="checkbox"/> Verwalter <input type="checkbox"/> Leiter Filialapotheke <input type="checkbox"/> Leiter Krankenhausapotheke	<input type="checkbox"/> Approbierter Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Apotheker mit Berufserlaubnis <input type="checkbox"/> Pharmaziepraktikant <input type="checkbox"/> Apothekerassistent <input type="checkbox"/> Pharmazieingenieur
	<input type="checkbox"/> PTA <input type="checkbox"/> PTA-Anwärter <input type="checkbox"/> PKA/Apothekenhelfer <input type="checkbox"/> Auszubildender zum PKA	
<b>Persönliche Daten</b>	_____	<input type="checkbox"/> NEU
	Familienname	Personennummer
	Vorname	Titel
	Straße	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	PLZ, Ort	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> nicht verheiratet
	Geburtsname	Geburtsort
	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
<b>Ausbildung</b>	Approbation	am _____ erteilt durch _____
	Berufserlaubnis als Apotheker	<input type="checkbox"/> ohne Einschränkung <input type="checkbox"/> mit Einschränkung
	von _____ bis _____	am _____ erteilt durch _____
	1. oder 2. bzw. 3. Prüfungsabschnitt	am _____ bestanden in _____
	PTA-Erlaubnis	am _____ erteilt durch _____
	PKA-/Helfer-Prüfung	am _____ bestanden in _____
<input type="checkbox"/> <b>Ummeldung o. g. Person betreffend</b>	<input type="checkbox"/> Prüfung	bestanden am _____ <input type="checkbox"/> weiterhin in meiner Apotheke beschäftigt
	<input type="checkbox"/> Wochenarbeitszeit	seit dem _____ Stunden _____
	<input type="checkbox"/> Namensänderung	seit dem _____ Name _____
	<input type="checkbox"/> Adressänderung	ab _____ Adresse _____
	<input type="checkbox"/> Mutterschutz	seit dem _____ <input type="checkbox"/> Elternzeit seit dem _____
<b>Apotheke</b>	_____	_____
	Apothekenummer (siehe Beitragsbescheid)	
	Datum	
	Auf die Pflicht zur Verschwiegenheit ist der Angemeldete hingewiesen worden.	_____
		Apothekename/Anschrift (Apothekenstempel)

