

Apothekenpersonal

Meldungen für Apotheker und Pharmazeuten im Praktikum (PhiP) 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"/> Anmeldung <input type="checkbox"/> Abmeldung <input type="checkbox"/> Vertretung	Datum Beschäftigungsbeginn _____ Stunden wöchentlich _____		
	Datum Beschäftigungsende _____ Kammerwechsel nach (Bundesland) _____		
	(unter 4 Wochen) von _____ bis _____ Stunden wöchentlich _____		
Funktion	<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"/> Pharmazeut im Praktikum (PhiP) <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
Persönliche Daten	Name _____ Personennummer _____ <input type="checkbox"/> NEU 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 _____		
Ausbildung	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 _____		
Weiterbildung	Fachapothekertitel/Kammerbereich _____ Zusatzbezeichnung/Kammerbereich _____		
<input type="checkbox"/> Ummeldung o. g. Person betreffend	<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 _____		
Apotheke	Apothekennummer (siehe Beitragsbescheid) _____ Datum _____ Auf die Pflicht zur Verschwiegenheit ist der Angemeldete hingewiesen worden. _____ Apothekenname/Anschrift (Apothekenstempel) _____		