

Mitgliederverwaltung

Stammdatenblatt für Apothekerinnen und Apotheker

Persönliche Daten	☐ NEU	
	Name	Personennummer
	Vorname	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
	Geburtsname	Titel
	Straße, Hausnummer	Telefon
	PLZ, Ort	E-Mail
	Geburtsdatum	Familienstand
	Geburtsort	☐ Ehepartner/in ist Apotheker/in
	Staatsangehörigkeit	Name, Vorname der Ehepartnerin/des Ehepartners, sofern Apotheker/in
Ausbildung	3. Prüfungsabschnitt bestanden am _____ in _____	
	Approbation erteilt am _____ durch _____ Bitte legen Sie eine aktuelle amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde (nicht älter als drei Monate) als Nachweis bei, sofern diese nicht durch die zuständige Behörde in Niedersachsen ausgestellt wurde.	
	Promotion erteilt am _____ durch _____ Bitte legen Sie eine Kopie der Promotionsurkunde als Nachweis bei.	
	☐ Berufserlaubnis zur Ausübung des Apothekerberufes in Niedersachsen liegt vor.	
HBA	Ich bin im Besitz eines Heilberufsausweises (HBA) ☐ nein ☐ ja	
	Der HBA wurde von folgender Kammer ausgegeben: _____	
Weiterbildung	Gebiets- und/oder Bereichsbezeichnung / Kammerbereich _____ Bitte legen Sie eine Kopie der jeweiligen Urkunde als Nachweis bei.	
Beschäftigung	☐ Approbierte/r Mitarbeiter/in	☐ Apotheker/in mit Berufserlaubnis
	☐ Leiter/in Filialapotheke	☐ Verwalter/in
Arbeitgeber/in	☐ Leiter/in Krankenhausapotheke	☐ _____
	Datum Beschäftigungsbeginn	Stunden wöchentlich
	Apotheke bzw. Arbeitgeber/in _____	
	Straße	PLZ, Ort
	☐ Ich bin zurzeit nicht berufstätig.	
Unterschrift	Ort, Datum _____ Unterschrift _____	

Mitgliederverwaltung

Zeitungsbezug/SEPA-Lastschriftmandat

Persönliche Daten	Name Vorname Personennummer Titel
Mitgliederzeitschrift	☐ Ich wünsche die kostenlose Zusendung der Mitgliederzeitschrift Mitteilungen. ☐ Ich verzichte auf die Zusendung der Mitgliederzeitschrift Mitteilungen.
Unterschrift	Ort, Datum Unterschrift
Gläubiger-ID	DE64AKN00000388563
Lastschriftmandat	☐ Beitragswesen ☐ Fortbildung ☐ Weiterbildung Ich ermächtige die Apothekerkammer Niedersachsen widerruflich, ab sofort die für meine Person anfallenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Apothekerkammer Niedersachsen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Person	Personennummer Name Vorname Titel Geburtsdatum
Mandatsreferenz	wird separat mitgeteilt
Kontoinhaber/in	Name, Vorname, Titel
Bankverbindung	Straße, Hausnummer PLZ, Ort Kreditinstitut BIC D E IBAN Ort, Datum Unterschrift