

# Änderungsanzeige

gemäß § 1 Meldeordnung der Landesapothekerkammer Brandenburg

Landesapothekerkammer Brandenburg  
Frau Gericke  
Am Buchhorst 18

Fax: 0331-8886620

14478 Potsdam

## 1. Namensänderung

Mein Name lautet jetzt

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Eine Kopie der Heiratsurkunde füge ich als Anlage bei.

## 2. Wohnsitzänderung

Meine Anschrift lautet jetzt

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

## 3. Arbeitsstättenwechsel

Seit dem \_\_\_\_\_ arbeite ich in der

Datum

Apotheke/Institution \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

## 4. Ich bin in mehreren Arbeitsstätten tätig.

Seit dem \_\_\_\_\_ arbeite ich in der

Datum

Apotheke/Institution \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

in der

Apotheke/Institution \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

und in der

Apotheke/Institution \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

## 5. Änderung des Beschäftigungsumfangs (Arbeitszeit) / Beendigung der Beschäftigung

Seit dem \_\_\_\_\_ arbeite ich \_\_\_\_\_ Wochenstunden.

Datum

Anzahl

Ich bin seit dem \_\_\_\_\_ arbeitslos und beziehe Einkünfte.  Ja  Nein

Datum

(Zu den Einkünften zählt auch der Bezug von Arbeitslosengeld.)

Seit dem \_\_\_\_\_ bin ich Rentner und nicht mehr berufstätig.

Datum

Eine Kopie des Rentenausweises füge ich als Anlage bei.

## 6. Ruhens des Beschäftigungsverhältnisses wegen Inanspruchnahme von Elternzeit

Seit dem \_\_\_\_\_ bin ich in Elternzeit und nehme diese voraussichtlich bis zum \_\_\_\_\_ in

Datum

Datum

Anspruch.

Hiermit beantrage ich eine rückwirkende Berücksichtigung bei der Beitragsberechnung.

Ich bin jedoch weiterhin gering berufstätig. Meine Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ Wochenstunden.

Anzahl

Eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes und der Vereinbarung mit dem Arbeitgeber füge ich als Anlage bei.

Datum \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_