

- Landesapothekerkammer - Brandenburg

Antrag auf Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft in der Landesapothekerkammer Brandenburg gemäß § 3 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes des Landes Brandenburg (HeilBerG)

Hiermit beantrage ich die freiwillige Mitgliedschaft in der Landesapothekerkammer Brandenburg.

Name: Akademischer Grad:

Vorname: Geburtsname:

Geburtsdatum: Geburtsort/Land:

Staatsangehörigkeit: Geschlecht:

Wohnanschrift:

Telefon: mobil:

Aufnahme der praktischen
pharmazeutischen Ausbildung am:
(eine Kopie des Ausbildungsvertrages ist beizufügen)

Anschrift Ausbildungsstelle:

Bestätigung durch den Arbeitgeber:
(Unterschrift)

Ich beantrage meine freiwillige Mitgliedschaft mit Wirkung ab
(Datum)

(Die freiwillige Mitgliedschaft ist ab dem Tage des Beginns der praktischen pharmazeutischen Ausbildung möglich, soweit der Antrag innerhalb eines Monats seit Beginn der Ausbildung gestellt wird. Wird der Antrag zu einem späteren Zeitpunkt gestellt, ist die Mitgliedschaft ab Eingang des Antrages möglich.)

Ich versichere die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben. Mit der Unterschrift wird der Landesapothekerkammer Brandenburg die Genehmigung zur Erfassung und Speicherung meiner Daten erteilt.

.....
Datum

.....
Unterschrift